Aus der Abteilung für Zahn- und Kiefersatz des
Zahnärztlichen Instituts der Universität München
Leiter: Prof. Dr. Falck

Über die Beurteilung von Kieferbruch-, Paradentose- und orthodontischen Schienungen, sowie von chirurgischen und Gesichtsprothesen in der deutschen sozialen Krankenversicherung

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der Zahnheilkunde
abgefaßt und einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Universität München vorgelegt durch

Richard Fuchs
Zahnarzt aus München

München 1932

Druck der Buchdruckerei Rackl & Lochner in Augsburg (am Vogeltor)

Meinen Eltern in Dankbarkeit
gewidmet.

I.

Allgemeines über die deutsche Sozialversicherung.

Die deutsche Sozialversicherung umfaßt bekanntlich die Kranken-, Unfall-, Invaliden-, Angestellten-, Arbeitslosen- und Knappschaftsversicherung. Für diese Versicherungen sind wesentlich keine privatrechtlichen Verträge maßgebend; vielmehr wird auf bestimmte Gruppen der Bevölkerung ein gesetzlicher Zwang ausgeübt, der den Betreffenden die Versicherung bei den verschiedenen Zweigen der Sozialversicherung zur Pflicht macht. Einer auf die Aufnahme gerichteten Willenserklärung bedarf es dabei nicht. Zweck der Sozialversicherung ist der Schutz der unbemittelten, erwerbstätigen Bevölkerung gegen die wirtschaftlichen Nachteile von Krankheit, Unfällen, Invalidität, Alter, Erwerbslosigkeit.

Die Krankenversicherung.

Träger der sozialen Krankenversicherung sind die Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen. Außerdem kommen noch in Betracht die Seekrankenkasse und die knappschaftliche Krankenkasse (siehe später). Als private Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit sind gewisse Ersatzkassen zur Pflichtversicherung zugelassen, die sich aus den früheren eingeschriebenen Hilfskassen entwickelt haben und voll in die Rechte und Pflichten der reichsgesetzlichen Krankenkassen eintreten. Neue Ersatzkassen werden nicht mehr zugelassen.

Versicherungspflichtig sind alle Arbeiter und die Angestellten (§ 165 RVO.). Es muß dabei ein Beschäftigungsverhältnis gegen Entgelt vorliegen. Für Arbeiter gilt bei der Krankenversicherungspflicht keine Einkommensgrenze; bei Angestellten beträgt sie 3600.— RM. Für gewisse Personengruppen ist eine freiwillige Versicherung möglich.

Die Mittel für die Versicherungsleistungen werden durch Beiträge gedeckt, die zu $^1/_3$ der Arbeitgeber, zu $^2/_3$ der Arbeitnehmer zu tragen hat. Freiwillig Versicherte müssen den ganzen Beitrag leisten.

Im Falle der Krankheit gewährt die Krankenkasse Krankenhilfe. Diese zerfällt in Krankenpflege und Krankengeld. Krankenpflege umfaßt ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei sowie mit kleineren Heilmitteln, deren Kosten eine gewisse Grenze nicht übersteigen. Das Krankengeld wird vom 4. Tage der Arbeitsunfähigkeit bis zur Dauer von 26 Wochen gewährt, sofern kein Arbeitsentgelt bezogen wird. An Stelle von Krankengeld und Krankenpflege kann auch Krankenhauspflege treten. Die Angehörigen erhalten unter Umständen während dieser Zeit ein Hausgeld. Den versicherten Frauen und den Angehörigen von Versicherten gewähren nach Erfüllung bestimmter Voraussetzungen die Krankenkassen eine Wochenhilfe. Auch Familienhilfe ist durch die Kassen zu bewilligen (§ 205 RVO.). Bei Tod des Versicherten wird ein Sterbegeld gezahlt. Diese Leistungen sind durchweg zu gewähren und werden als Regelleistungen bezeichnet. Darüber hinaus können in den Kassensatzungen Mehrleistungen vorgesehen sein, auf die in diesem Falle ein Rechtsanspruch besteht; dazu gehören z. B. Gewährung von Zuschüssen zu größeren Heilmitteln oder Hilfsmitteln gegen Verunstaltung und Verkrüppelung, oder Genesendenfürsorge. Nach Teil V Abschnitt 2 § 1 der Notverordnung vom 8. Dezember 1931 sind bis auf weitere gesetzliche Regelung die Leistungen der Krankenversicherung auf die Regelleistungen zu beschränken. Die Kasse kann aber die Mehrleistungen mit Zustimmung des Oberversicherungsamts wieder einführen, sofern ihr höchster Beitragssatz nicht mehr als 5% des Grundlohns beträgt.

Die Unfallversicherung.

Träger der Unfallversicherung sind die Berufsgenossenschaften. Außerdem sind gesetzlich auch zugelassen das Reich, die Länder, Gemeindeverbände, Gemeinden und andere öffentliche Körperschaften als Träger der Versicherung für die in ihren Betrieben Tätigen bezw. deren Hinterbliebenen.

Als Versicherungsnehmer fallen unter den Versicherungszwang die Unternehmer unfallgefährdeter Betriebe und Tätigkeiten. Versichert sind kraft Gesetzes die Arbeiter, Gehilfen, Gesellen, Lehrlinge und Angestellten, wenn sie in diesen Betrieben in einem Beschäftigungsverhältnis stehen. Die Unfallversicherung kennt auch in bestimmten Grenzen eine freiwillige Selbstversicherung. Außerdem kann durch Satzungsbestimmungen der Berufsgenossenschaften der versicherungsberechtigte Personenkreis erweitert werden.

Die Beitragserhebung erfolgt durch Umlagen. Die Beiträge haben die Unternehmer allein zu bestreiten.

Tritt ein Betriebsunfall ein, so hat für die Dauer von 26 Wochen die zuständige Krankenkasse ihre satzungsmäßigen Leistungen zu gewähren. Im Falle einer über die 8. Woche nach dem Unfall andauernden Arbeitsunfähigkeit übernimmt die Berufsgenossenschaft die Kosten der freien ärztlichen Behandlung, sowie der Versorgung des Versicherten mit Arznei, Heil- und Hilfsmitteln zur Förderung des Heilerfolges. Für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit wird außerdem nach Wegfall des Krankengeldes eine Unfallrente ausgezahlt. Der Versicherungsträger kann in bestimmten Fällen statt Krankenbehandlung und Rente freie Kur und Verpflegung in einer Heilanstalt gewähren. Auch sog. Hauspflege kann durch die Berufsgenossenschaft für einen Versicherten geleistet werden. Beim Tode des Versicherten durch einen Betriebsunfall gewährt der Versicherungsträger ein Sterbegeld und eine Hinterbliebenenrente und zwar als Witwenrente und als Waisenrente für Kinder bis zu 15 Jahren. Höchstbetrag der Hinterbliebenenrente ist $^2/_3$ des Jahresarbeitsverdienstes (IV. Notverordnung vom 8. Dezember 1931).

Nach ständiger Rechtsprechung liegt dann ein Betriebsunfall vor, wenn ein Versicherter durch ein äußeres, von seinem Willen unabhängiges, zeitlich bestimmbares und in einen verhältnismäßig kurzen Zeitraum eingeschlossenes Ereignis bei der Betriebsarbeit in seiner körperlichen oder geistigen Gesundheit geschädigt worden ist. Auch gewisse Berufskrankheiten kommen dem Begriff „Betriebsunfall" nahe und werden in die Versicherung mit einbezogen.

Die Invalidenversicherung.

Träger der Invalidenversicherung sind die Landesversicherungsanstalten.

Die Versicherungspflicht erfaßt im allgemeinen Personen, die krankenversicherungspflichtig sind und nicht mehr unter unter das Angestelltenversicherungsgesetz (AVG.) fallen. Freiwillige Versicherung und Weiterversicherung sind möglich.

Zur Beschaffung der Mittel über Reichszuschüsse hinaus werden Beiträge entrichtet und zwar halb und halb von Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Die Höhe des Beitrags ist nach dem wöchentlichen Arbeitsverdienst festgesetzt. Die Zahlung erfolgt wöchentlich durch Kleben von Beitragsmarken in eine Quittungskarte.

Die Leistungen der Invalidenversicherung betreffen vor allem die Gewährung von Renten und zwar von Invalidenrenten an invalide Versicherte bei erhaltener Anwartschaft und erfüllter Wartezeit. Unter gleicher Voraussetzung wird dem Versicherten eine Altersrente genehmigt, wenn er das 65. Lebensjahr zurückgelegt hat. Nach dem Tode des Versicherten erhält die Witwe, wenn sie dauernd invalid und bedürftig oder 65 Jahre alt ist, eine Witwenrente, Kindern unter 15 Jahren wird eine Waisenrente gewährt. Invalidität tritt ein bei Herabminderung der Erwerbsfähigkeit auf weniger als ein Drittel.

Als freiwillige Leistung kann unter Umständen auch ein Heilverfahren eingeleitet werden, wenn drohender Invalidität dadurch vorgebeugt werden oder eine schon bestehende Invalidität beseitigt werden kann. Bei Ausführung des Heilverfahrens in einer Heilanstalt haben die vom Versicherten bisher unterhaltenen Angehörigen Anspruch auf ein Hausgeld.

Die Angestelltenversicherung.

Träger der Angestelltenversicherung ist die Reichsversicherungsanstalt für Angestellt (RfA.).

Versicherungspflichtig sind alle Angestellten, sofern sie gegen Entgelt tätig sind, ihr Jahresgehalt 8400.– *RM* nicht übersteigt und sie beim Eintritt der Versicherungspflicht noch keine 60 Jahre zählen.

Die Beiträge zur Beschaffung der Mittel werden zur Hälfte von Arbeitgeber und Versicherten getragen. Die Zahlung erfolgt monatlich durch Kleben von Versicherungsmarken in eine Versicherungskarte. Die Beitragshöhe ist nach Gehaltsklassen abgestuft.

Die Hauptleistungen der Angestelltenversicherung bestehen aus Ruhegeld (Kranken- und Altersruhegeld) und Hinterbliebenenrente. Nach Zurücklegung einer Wartezeit und Aufrechterhaltung der Anwartschaft wird ersteres gewährt bei Eintritt von Berufsunfähigkeit oder des 66. Lebensjahres, letztere nach dem Tode eines Versicherten dessen Witwe (Witwenrente) und den Kindern (Waisenrente). Die Waisenrente wird nur bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres bezahlt (Notverordnung vom 8. Dezember 1931.).

Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die Arbeitsfähigkeit auf weniger als die Hälfte derjenigen eines körperlich und geistig gesunden Versicherten von ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten herabgesunken ist.

Als Nebenleistung ist das Heilverfahren in der Angestelltenversicherung anzusehen. Dieses kann nach pflichtmäßigem Ermessen der RfA. eingeleitet werden zur Abwendung einer durch Krankheit in Aussicht stehenden Berufsunfähigkeit eines Versicherten oder wenn anzunehmen ist, daß die Berufsfähigkeit eines Ruhegeldempfängers durch ein Heilverfahren wieder hergestellt wird. Ein Rechtsanspruch auf das Heilverfahren besteht jedoch nicht. Bei Unterbringung von Versicherten in Heilanstalten erhalten die Angehörigen, soweit kein Lohn oder Gehalt bezogen wird, ein Hausgeld.

Erstattungsansprüche aus dem Heilverfahren bestehen gesetzlich nicht. Doch werden durch die RfA. freie Abkommen geschlossen bes. mit Trägern der Krankenversicherung über gemeinsame Durchführung und Verhalten bei Übernahme eines Heilverfahrens durch einen der beteiligten Versicherungsträger.

Auch in der Angestelltenversicherung sind gewisse Ersatzkassen zugelassen.

Mit den Krankenkassenbeiträgen sind Beiträge zur Arbeitslosenversicherung (seit 1. 10. 1927) zu entrichten, welche halb und halb von Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu leisten sind. Für den Fall der Erwerbslosigkeit erhält der Arbeitslose für die Dauer von 20 Wochen Arbeitslosenunterstützung (35 % des Jahresarbeitsverdienstes), danach für 32 Wochen Krisenunterstützung. Nach Ablauf derselben fällt die Fürsorge für den Arbeitslosen der kommunalen Wohlfahrtspflege anheim. Während des Bezugs der Arbeitslosen- und Krisenunterstützung ist der Arbeitslose ohne weiteres gegen Krankheit versichert.

Die Knappschaftsversicherung.

Träger der knappschaftlichen Versicherung ist die Reichsknappschaft.

Jene umfaßt die Kranken-, Pensions- (Arbeiter-, Angestellten-) und Invalidenversicherung für die Arbeitnehmer in knappschaftlichen Betrieben.

Die Krankenversicherung gewährt Leistungen wie die Träger der Krankenversicherung im Sinne der RVO.

Die Hauptleistungen der Arbeiterpensionsversicherung sind Invalidenpension, Alterspension, Witwenpension, Waisengeld, Bestattungsbeihilfe; in der Angestelltenpensionsversicherung Ruhegeld, Altersruhegeld, Witwenpension, Waisengeld, Bestattungsbeihilfe, Beitragserstattung; in der Invalidenversicherung Invalidenrente, Witwenrente, Waisenrente. Auch Heilverfahren können getätigt werden.

Die Invalidenversicherung besteht selbständig neben der Arbeiterpensionsversicherung, die Arbeiter sind daher doppelt versichert.

Die durch die knappschaftliche Invalidenversicherung Erfaßten scheiden aus den Landesversicherungsanstalten aus. Die Angestelltenpensionsversicherung befreit die Versicherten von der Mitgliedschaft bei der RfA.

Die Aufbringung der Mittel geschieht durch Beiträge. In der Krankenversicherung tragen $^2/_5$ die Arbeitgeber, $^3/_5$ die Versicherten, ebenso in der Pensionsversicherung. In der Invalidenversicherung zahlen Arbeitgeber und Versicherte die Beiträge zu gleichen Teilen. Die Beiträge werden aber monatlich erhoben.

Über die Zuständigkeit der verschiedenen Aufsichtsbehörden für die Versicherungsträger der deutschen Sozialversicherung gilt Folgendes:

Dem Reichsarbeitsministerium unterstehen die RfA. und die Reichsknappschaft;

dem Reichsversicherungsamt die Berufsgenossenschaften, Landesversicherungsanstalten und Seekasse;

dem Reichsversicherungs-, den Ober- und Versicherungsämtern die Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen;

dem Reichsaufsichtsamt für Privatversicherung die Ersatzkassen.

II.

Mit Rücksicht auf eine sachgemäße Begründung vorliegender Arbeit und eine genaue Festlegung ihres Gegenstandes erscheint es ratsam, die Handhabung des Zahnheilverfahrens bei den wichtigsten in Frage kommenden Zweigen der Sozialversicherung ganz kurz zu untersuchen.

1. Die Berufsgenossenschaften sind nach Feststellung eines Betriebsunfalles, bei dem Verletzungen oder Schädigungen im Bereich der Mundhöhle eingetreten sind, verpflichtet, soweit nicht die Krankenkassen dafür aufzukommen haben, jede nötige zahnärztliche Hilfeleistung zu gewähren, wenn durch diese die durch den Unfall hervorgerufene Gesundheitsstörung oder Körperschädigung beseitigt, die Erwerbsfähigkeit gehoben werden kann, oder wenn durch sie die Erlangung einer Arbeitsstelle erleichtert wird, oder die Maßnahme zur Linderung der Beschwerden von wesentlichem Nutzen ist (Z.M. 1931 Nr. 35, Sp. 1005). Dies gilt auch für die Lieferung von Zahnersatz. Selbstverständlich kann von der Unfallversicherung nicht verlangt werden, daß dabei die Grenze des Notwendigen überschritten wird. Bei genügender Begründung hat aber die Berufsgenossenschaft wohl auch Zahnersatz aus Edelmetall, also besonders Brücken und Kronenersatz, zu bewilligen.

2. Die RfA. hat ihre Stellungnahme zu Anträgen im Zahnheilverfahren in ausführlichen Richtlinien dargelegt. In den Richtlinien für die Bearbeitung der Anträge im Zahnheilverfahren auf Grund des Abkommens vom 3. November 1917 in der Fassung vom Juni 1929 ist angegeben, daß grundsätzlich Zahnbehandlung nicht gewährt wird, sondern nur Zuschuß zu Zahnersatz. Es handelt sich dabei um freiwillige Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht. Gewährt werden Zuschüsse zu Paradentoseschienungen oder Stütz- und Brückenarbeiten bei Paradentose (regelmäßig nur bei Personen bis zu

55 Jahren), zu einfachem aber auch teuerem Zahnersatz (Kronen- und Brückenersatz, gestützten Prothesen, Ersatz aus Wiplametall), ferner zu Obturatoren. Ausdrücklich abgelehnt werden Zuschüsse zu Kieferbruchschienen, Zahnregulierungen und Immediatprothesen.

Ab 1. Januar 1932 hat die RfA. neue Richtlinien für das Zahnheilverfahren in Kraft treten lassen. Betont wird die Freiwilligkeit der Zuschußleistung zu Zahnersatzkosten und die Berechtigung der RfA., jederzeit einen Antrag abzulehnen.

Von vornherein werden Zuschüsse versagt Ruhegeldbewerbern, Ruhegeldempfängern, ferner Versicherten, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und solchen Versicherten, die einer nach dem AVG. zugelassenen Ersatzkasse oder der Angestelltenpensionskasse der Reichsknappschaft oder der Invalidenversicherung als Pflichtversicherte angehören.

Zu Zahnersatz wird nur ein Zuschuß geleistet, „wenn mindestens fünf Zähne ersetzt worden sind. Der Zuschuß beträgt drei RM. für jeden ersetzten Zahn. Damit sind sämtliche Aufwendungen, z. B. für Platten, Klammern, Sauger usw. abgegolten. Übersteigen die so berechneten Zuschußbeträge zusammen mit den Zuschußleistungen anderer Versicherungsträger die wirklich entstandenen Kosten, so übernimmt die RfA. nur noch die Restkosten. Zum Ersatz der gleichen Zähne wird frühestens nach Ablauf von 3 Jahren wieder ein Zuschuß gewährt.“ Abgelehnt werden Zuschüsse für Zahnbehandlungen (Zahnziehen, Füllungen u. dgl.) für Kronen, Zahnschienungeu und Immediatprothesen.

3. In der Invalidenversicherung werden regelmäßig nur Zuschüsse zu einfachem Zahnersatz geleistet. Neuerdings dürfte als Folge der schlechten Wirtschaftslage die Zuschußgewährung durch die Landesversicherungsanstalten nur noch relativ selten erfolgen, da ja das Zahnheilverfahren überdies eine freiwillige Mehrleistung darstellt, auf die ein Rechtsanspruch nicht besteht. Als Beispiel wird hier interessieren eine Bekanntgabe der Landesversicherungsanstalt Schwaben vom 28. Dezember 1931 an die Krankenkassen der RVO. betreffend Zuschüsse für Zahnersatz:

> „Die Landesversicherungsanstalt Schwaben ist bis auf weiteres nicht mehr in der Lage, zur Beschaffung von Zahnersatz Zuschüsse zu gewähren. Sie behält sich vor, hievon ausnahmsweise dann abzugehen, wenn der Zahnersatz nach ärztlichem Gutachten zur Bekämpfung einer Invalidität begründenden Krankheit unbedingtes Erfordernis ist. Wir bitten daher von jetzt ab Zuschußgesuche nur dann vorzulegen, wenn diese Voraussetzung für gegeben erachtet wird!“

Nach meinen Erkundigungen ist seit der Bekanntgabe obiger Stellungnahme, von laufenden Anträgen abgesehen, bis jetzt (Anfang Februar 1932) noch keinem Gesuch durch die Landesversicherungsanstalt Schwaben entsprochen worden.

Soweit wir bis jetzt die Sozialversicherung überblickt haben, ist das Zahnheilverfahren sehr weitgehend geregelt, so daß wohl keine bedeutenden Zweifel Platz greifen dürften. Insbesondere kann kaum eine Unklarheit darüber bestehen, in welchen Grenzen Ansprüche geltend gemacht oder Anträge gestellt werden können.

Anders und nicht so einfach liegen die Verhältnisse bei der sozialen Krankenversicherung.

In § 182 Abs. 1 RVO. ist die Leistungspflicht der Krankenkassen bezüglich der Krankenpflege festgelegt. Es heißt hier: „. . . Wird gewährt Krankenpflege von Beginn der Krankheit an; sie umfaßt ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei sowie Brillen, Bruchbändern und anderen kleineren Heilmitteln . . .“ In diesem Ausmaß ist die Krankenpflege Regelleistung, wobei ärztliche Behandlung ohne Rücksicht auf Höhe der Kosten zuzubilligen ist.

§ 193 Abs. 1 und 2 RRO. besagt: „Die Satzung kann mit Zustimmung des Oberversicherungsamts für kleinere Heilmittel einen Höchstbetrag festsetzen.

Sie kann bei der Krankenpflege noch andere als kleinere Heilmittel, insbesondere Krankenkost oder einen Zuschuß hierfür zubilligen.“

In § 187 Nr. 3 und 4 RVO. heißt es: „Die Satzung kann . . .
3. Hilfsmittel gegen Verunstaltung und Verkrüppelung zubilligen, die nach beendigtem Heilverfahren nötig sind, um die Arbeitsfähigkeit herzustellen oder zu erhalten,

4. mit Zustimmung des Oberversicherungsamts Maßnahmen zur Verhütung von Erkrankungen der einzelnen Kassenmitglieder vorsehen."

Die §§ 187 und 193 RVO. handeln von freiwillig in die Satzung aufzunehmenden Mehrleistungen der Kassen, auf die aber, sobald die Festlegung ihres Umfanges in der Satzung erfolgt ist, ein erzwingbarer Rechtsanspruch besteht. Bei Gewährung von Regel- wie Mehrleistungen gilt allgemein der Grundsatz, daß die Kasse keine kostspieligere Behandlung oder Kur bewilligt, wenn dem Heilerfolg durch billigere Maßnahmen Rechnung getragen und entsprochen werden kann.

Diese vorstehenden Bestimmungen finden ihre analoge Anwendung selbstverständlich auch auf das Zahnheilverfahren. Ohne weiteres erhellt damit die grundlegende Änderung der Sachlage mit der jeweiligen Beurteilung zahnärztlicher Verrichtungen, die bekanntlich bis heute großen Umgestaltungen und Wechseln unterworfen ist. Sind doch die Kosten der zahnärztlichen Maßnahmen im einen Fall von den Kassen voll zu tragen, im anderen nur teilweise oder überhaupt nicht.

Die ganze Frage der Beurteilung des Zahnheilverfahrens in der deutschen Krankenversicherung ist gegenwärtig besonders aktuell, da durch die IV. Notverordnung vom 8. Dezember 31, wie eingangs bereits erwähnt wurde, die Leistungen der Krankenkassen bis auf weitere gesetzliche Regelung auf die Regelleistungen zu beschränken sind.

Die RVO. gibt nun in ihren Gesetzesbestimmungen eine große Anzahl von Begriffsbezeichnungen, während sie über genaue Umgrenzung von Wesen und Umfang ihres jeweiligen Inhalts nichts Näheres ausführt. Es war und ist vielmehr der Praxis der Handhabung des Versicherungsrechts überlassen, durch die im Laufe der Zeit gesammelten Erfahrungen und gewonnenen Erkenntnisse den Inhalt jener Begriffsbezeichnungen zu gestalten und so auszubauen, daß sich für die ständige Rechtsprechung tatsächlich wirkliche Begriffe herauskristallisieren. In der Hauptsache und sehr weitgehend ist dieser Prozeß bereits vollzogen. Um nun in der folgenden Darstellung möglichst klar zu bleiben, seien zu Beginn der Ausführungen die für uns wichtigsten krankenversicherungsrechtlichen Begriffe aufgezeigt, wie sie heute in der ständigen Rechtsprechung allgemein angewandt werden, während verschiedene Modifikationen in der Auffassung erforderlichenfalls in den Gang der Darstellung eingeschaltet werden sollen.

Krankenpflege wird durch die Krankenkasse für den Fall der Krankheit gewährt. Wie ist nun der Begriff „Krankheit" im Sinne der RVO. zu verstehen? Zunächst ist festzustellen, daß zwischen der Krankheit im medizinischen und derselben im versicherungsrechtlichen Sinn ein großer Unterschied besteht dahingehend, daß von ärztlichem Standpunkt aus eine Krankheit vorliegen kann, während der Versicherungsrechtler keine solche annehmen darf. Die wesentlichste Unterscheidung ist dadurch gegeben, daß im Gegensatz zur versicherungsrechtlichen Auffassung im medizinischen Sinne „Krankheit" einen Vorgang darstellt.

Virchow: „Krankheit ist kein Zustand, sondern ein Geschehen."

Albrecht: „Krankheit ist gestörter Ablauf des Lebens zwischen einer funktionellen Schädigung eines lebenden Ganzen und seiner Wiederherstellung oder Vernichtung."

Rößle: „Wir verstehen unter Krankheit die Gesamtheit aufeinanderfolgender, abnorm gearteter Reaktionen eines Organismus oder seiner Teile auf einen krankmachenden Reiz: Die Krankheit ist also kein Zustand, sondern ein Vorgang mit länger dauernder Störung von Lebensvorgängen, wobei der Gesamtorganismus oder seine Teile geschädigt wurden."

Demgegenüber bedeutet „Krankheit" im Sinne der RVO. einen Zustand. Das Reichsversicherungsamt (RVA.) hat in einer Entscheidung vom 24. 5. 28 seine Stellungnahme folgendermaßen ausgedrückt:

„Unter einer Krankheit im Sinne der RVO. ist nach der Rechtsprechung nur ein solcher regelwidriger Körper- oder Geisteszustand zu verstehen, der die Notwendigkeit

einer Heilbehandlung oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Dagegen sind dauernde fehlerhafte Zustände des Körpers, die eine ärztliche Behandlung nicht erfordern oder Arbeitsunfähigkeit nicht zur Folge haben, keine Krankheit im Sinne der Reichsversicherung."

In einer weiteren Entscheidung des RVA. ist ausgeführt:

„Zur Annahme des Erfordernisses der Heilbehandlung reicht nicht das Vorhandensein eines chronischen Leidens im medizinischen Sinne aus. Vielmehr setzt die Heilbehandlungsbedürftigkeit einen krankhaften Körper- oder Geisteszustand voraus, bei dem ohne die Fortdauer ärztlicher Behandlung oder arzneilicher Versorgung eine Besserung des Leidens ausgeschlossen oder dessen Verschlimmerung zu erwarten ist."

H. O. Tröscher („Die Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit in der Krankenversicherung") führt daran anschließend aus, daß chronische Krankheiten nicht schon deshalb als Krankheiten anzusehen seien, weil mit ihnen eine Minderung der Erwerbsfähigkeit verbunden ist, sondern erst wenn in dem Dauerzustand des Leidens eine Änderung eintrete, die eine Heilbehandlung erforderlich mache, oder die Erwerbsunfähigkeit bedinge. Versicherungsrechtlich bestehe auch eine Krankheit und damit Leistungspflicht der Krankenkassen, wenn Arbeitsunfähigkeit vorliege, ohne daß Heilbehandlung notwendig sei (z. B. bei unheilbarer Geisteskrankheit).

Auf Grund dieser Begriffsbestimmungen erscheint die Krankheit in medizinischem Sinne als Krankheitsursache. Daraus folgt, daß eine Krankheit so lange dauert, als Heilbehandlung nötig ist oder die Arbeitsunfähigkeit weiter besteht. Wenn nun während dieser Zeit eine neue Erkrankung hinzutritt, so wird der Zustand, der die Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinn darstellt, erschwert oder auch verlängert, es ist damit aber kein neuer Krankheitsfall im Sinne des Versicherungsrechts eingetreten. Den „Richtlinien des Landesausschusses für Ärzte und Krankenkassen in Bayern 1930" S. 68 ist das Folgende entnommen:

„Eine neue Krankheit im Sinne der Krankenversicherung kann vielmehr erst angenommen werden, wenn inzwischen ein die Heilbehandlung oder die Arbeitsunfähigkeit bedingender Zustand nicht vorgelegen hat (sog. krankheitsfreier Zwischenraum). Wird also ein Versicherter, der wegen einer Krankheit (z. B. Nervenschwäche) ausgesteuert ist, aber wegen dieses Leidens sich noch in Heilbehandlung befindet oder arbeitsunfähig ist, zufolge einer von der ursprünglichen Erkrankung völlig unabhängigen anderen Krankheitsursache (Grippe) ärztlicher Hilfe bedürftig oder arbeitsunfähig, so liegt kein Beginn einer neuen Erkrankung im Sinne der Krankenversicherung und damit auch kein neuer Unterstützungsfall vor."

Die Heilbehandlung nun umfaßt ärztliche Behandlung, sowie Versorgung mit Arznei und Heilmitteln.

Heilmittel sind alle solchen sachlichen Mittel (Vorrichtungen, Kräfte, Gegenstände), die zur Linderung oder Beseitigung einer Krankheit oder zur Sicherung des Heilerfolges dienen; dabei sind eingeschlossen gewisse, außerhalb der gewöhnlichen Tätigkeitsphäre des Arztes liegende äußerliche Einwirkungen auf den Körper (Hahn-Kühne S. 264; v. Frankenberg in Arb.-Vers. 1927 S. 116, BKK. 1925 S. 104, BKK. 1927 S. 279). In § 182 RVO. ist die Rede von „Brillen, Bruchbändern und anderen kleineren Heilmitteln." Hierbei sind Brillen und Bruchbänder als Beispiele für kleinere Heilmittel angeführt. Es ist damit gemeint, daß sich kleinere Heilmittel nicht erheblich teurer stellen sollen als die genannten Beispiele.

In der Praxis wird allgemein als unterste Grenze der Kosten für kleinere Heilmittel 20 RM. angenommen, während sehr häufig kleinere Heilmittel bis zu 30, 40, ja 50 und 60 RM. gewährt werden. Was nicht als kleineres Heilmittel gilt, fällt unter den Begriff „größeres Heilmittel".

Gegenüber den Heilmitteln stellt die ärztliche Behandlung die auf Heilung oder Linderung der Krankheit gerichtete persönliche Tätigkeit des Arztes oder seiner Gehilfen

bar. Die ärztliche Behandlung umfaßt also nicht nur die eigene Tätigkeit des Arztes, sondern auch die Tätigkeit anderer zur Unterstützung herangezogener Hilfspersonen (Hahn-Kühne S. 262). Geleistet wird die ärztliche Behandlung in erster Linie durch approbierte Ärzte, bei Kiefer-, Mund- und Zahnkrankheiten auch durch approbierte Zahnärzte. Außerdem umfaßt sie Hilfeleistungen solcher Personen, welche die RVO. zur selbständigen Ausübung einer solchen Heiltätigkeit ermächtigt (§ 122 RVO.). Bei Zahnkrankheiten mit Ausschluß von Mund- und Kieferkrankheiten kann die Behandlung auch durch Zahntechniker gewährt werden (§ 123 RVO.).

Nun gibt es aber Heilmethoden, die eine innige Verbindung von sachlichen Mitteln mit persönlicher Tätigkeit des Arztes bedingen. Um hier eine richtige Abgrenzung von ärztlicher Behandlung und Heilmittelversorgung zu ermöglichen, ist in der Rechtsprechung die Auffassung vertreten, daß es auf das potentielle Verhältnis ankommt, in dem die persönliche Tätigkeit des Arztes und das sachliche Mittel im Einzelfalle zueinander stehen. Tritt gegenüber der persönlichen Tätigkeit des Arztes der stoffliche Wert des angewendeten Mittels — mag es an sich auch erheblich sein — zurück, so liegt ärztliche Behandlung vor. (A. N. 1915 S. 814, Ebermayer in Misch 1928 S. 1078). E. Fern, der beachtenswerterweise schon 1917 den Zahnersatz als ärztliche Behandlung und damit als Regelleistung der Kassen forderte, will besonders die Förderung der allgemeinen Volksgesundheit als Merkmal der ärztlichen Behandlung betont wissen (OKK 1917 Sp. 8). Doch wurde in der Praxis auf dieses Moment nicht besonderer Wert gelegt, wenn auch gelegentlich dieser Faktor erwähnt wird (DKK 1931 Sp. 169). In einer grundsätzlichen Entscheidung vom 4. II. 1931 (Sammlung Breithaupt 1931 Nr. 6 S. 300) hat das RVA. als wesentliches Merkmal der ärztlichen Behandlung angeführt: „Der Begriff der ärztlichen Behandlung setzt ferner voraus, daß die Tätigkeit des Arztes eine unmittelbare und alsbaldige Wirkung auf den Zustand des Kranken ausübt.“ Ich kann nicht umhin, diesen Standpunkt als schroff zu bezeichnen; außerdem wird er m. E. durchaus nicht dem eigentlichen Wesen der ärztlichen Behandlung gerecht.

Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit in der Krankenversicherung ist durch eine Entscheidung vom 4. XI. 16 folgendermaßen definiert:

> „Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn der Erkrankte seine bis zum Beginn der Krankenhilfe ausgeübte Berufsarbeit nicht mehr verrichten kann. Für die Frage, ob der Kranke arbeitsunfähig ist, ist es belanglos, ob ihm die Verrichtung anderer, seinem Beruf fernliegender Arbeiten möglich ist, auch wenn solche Tätigkeit den Kräften und Fähigkeiten des Erkrankten entspricht und ihm unter billiger Berücksichtigung seiner Ausbildung und des seither ausgeübten Berufes zugemutet werden kann.“

Nun wäre noch festzustellen, was unter Hilfsmitteln gegen Verunstaltung und Verkrüppelung zu verstehen ist. Hilfsmittel sind in der Regel sachliche Mittel, die einen fehlenden oder beschädigten Körperteil ersetzen müssen (Die Krankenvers. 1931 Nr. 21 S. 555), während sie dem Heilzweck nicht unmittelbar zu dienen haben, wenn also das Heilverfahren vor Benützung des Hilfsmittels abgeschlossen ist. Bei Hoffmann (Kommentar zur Krankenversicherung, Anm. 7 d zu § 182 RVO. S. 93) heißt es: „Überhaupt gehören nicht zu den Heilmitteln die sog. Hilfsmittel, die dazu bestimmt sind, an Stelle eines nicht mehr vorhandenen Gliedes ein künstliches, das dessen Funktion erfüllt, zu setzen, sondern nur solche Vorrichtungen, welche ein noch vorhandenes Glied oder Organ, das in seiner Funktion geschwächt ist, so stärken sollen, daß es seine normalen Funktionen ganz oder in erhöhtem Maße wieder ausüben kann.“ Die Erwerbsfähigkeit muß dabei durch die Hilfsmittel in günstigem Sinne beeinflußt werden (BKK. 1930 S. 132).

Über Verkrüppelung lesen wir bei Hahn-Kühne S. 258:

> „Eine nach Abschluß des Heilverfahrens zurückgebliebene Verstümmelung ist nicht Krankheit, wohl aber möglicherweise Rekonvaleszenz und folglich möglicherweise noch „Grund zur Fürsorge für Genesende“ im Sinne des § 187 Nr. 2 und 3 RVO. (Arb.-Vers. 1909 S. 103 Nr. 14).

III.

Nachdem wir uns nun die wichtigsten krankenversicherungsrechtlichen Begriffe vergegenwärtigt haben, geht die oben angeschnittene Frage darauf hinaus, ob und welche zahnärztlichen Verrichtungen in der Krankenversicherung als ärztliche Behandlung, als Belieferung mit Heilmitteln, Hilfsmitteln gegen Verunstaltung und Verkrüppelung oder evtl. als Maßnahmen zur Verhütung von Erkrankungen der einzelnen Kassenmitglieder betrachtet werden.

Abgesehen von zahnärztlichen Eingriffen, die von vornherein auch für den Laien zweifellos zur ärztlichen Behandlung rechnen, ist seit längerer Zeit bereits entschieden die Stellung der konservierenden Behandlung von Zähnen und des Zahnersatzes. In einer Entscheidung des RVA. vom 30. Oktober 1915 (A.N. 1915 S. 814, Arb.-Vers. 1916 S. 134) ist das Plombieren von Zähnen als ärztliche Behandlung klargestellt, nicht als Versorgung mit Heilmitteln, soweit nicht etwa ein Schönheitsfehler, sondern ein krankhafter Zustand damit beseitigt werden soll. Dieselbe Auffassung hat das RVA. weiterhin in einer grundsätzlichen Entscheidung vom 20. Februar 1917 (A.N. 1917 S. 459) vertreten.

Was den Zahnersatz anbelangt, so ist er nach einer Revisionsentscheidung des RVA. vom 21. September 1926 (Sammlung Breithaupt 1927 S. 60, Arb.-Vers. 1927 S. 151) grundsätzlich nicht als Teil der ärztlichen Behandlung im Sinne des § 182 Nr. 1 RVO., sondern als Heilmittel, gegebenenfalls als Hilfsmittel im Sinne des § 187 Nr. 3 RVO. anzusehen. Diese Stellungnahme des RVA. ist bis heute aufrecht erhalten worden, wie die grundsätzliche Entscheidung vom 4. Februar 1931 (Sammlung Breithaupt 1931 S. 300, A.N. 1931 S. IV 219, Arb.-Vers. 1931 S. 326) und die Entscheidung vom 16. April 1931 (Sammlung Breithaupt 1931 S. 365) beweisen.

Seit nicht so langer Zeit entschieden und nicht so unbestritten ist die krankenversicherungsrechtliche Beurteilung von Kieferbruch-, Paradentose-, orthodontischen Schienungen, chirurgischen und Gesichtsprothesen. Die Untersuchung ihrer Stellung in der sozialen Krankenversicherung soll nun den Gegenstand der folgenden Ausführungen bilden.

Die IV. Notverordnung vom 8. Dezember 1931 lasse ich dabei unberücksichtigt, da sie 1. doch nur als eine vorübergehende Maßnahme vorgesehen ist und weil 2. die Handhabung der Bestimmung über Regel- und Mehrleistungen in der Krankenversicherung allem Anschein nach nicht mit solcher Härte vor sich geht, wie anfangs befürchtet werden mußte. Dafür sprechen eine Mitteilung des Reichsarbeitsministeriums (Deutsche Dentistische Wochenschrift Nr. 4 vom 28. Januar 1932) und eine Bekanntgabe des Oberversicherungsamts in Stuttgart. Erstere sagt:

> „Die vierte Notverordnung vom 8. Dezember 1931 schließt die Gewährung von Zahnersatz durch die Krankenkassen nicht aus. Zahnersatz wird auch in Zukunft als ärztliche Behandlung oder als kleines Heilmittel nach § 182 Nr. 1 der RVO. zu gewähren sein, wenn er zur Heilung oder Milderung einer Zahnkrankheit oder einer durch den Zustand der Zähne bedingten anderen Krankheit, z. B. der Mundhöhle oder des Magens, dient. Die Kosten dafür müssen sich gegebenenfalls innerhalb der nach § 193 Abs. 1 RVO. durch die Satzung bestimmten Grenzen halten. Der Zahnersatz wird aber als Hilfsmittel nach § 187 Nr. 3 RVO. unter die Mehrleistungen zu rechnen sein, wenn er nur zur Krankheitsvorbeugung oder dazu bestimmt ist, nach beendetem Heilverfahren die fehlenden natürlichen Zähne zu ersetzen. Wann das eine oder das andere der Fall ist, läßt sich nur im Einzelfall entscheiden."

Das Oberversicherungsamt in Stuttgart teilt mit:

> „Zahnersatz als kleineres Heilmittel ist Regelleistung und ist deshalb auch von solchen Kassen zu gewähren, die keine Mehrleistungen mehr haben. Nach den Durchführungsbestimmungen des Reichsarbeitsministeriums ist aber auch in den Fällen, in denen nach den vertrauensärztlichen Feststellungen ein größeres Heilmittel die Dauer der schon eingeleiteten Heilbehandlung abkürzt und der Kasse Kosten erspart, die Gewährung eines solchen von Aufsichtswegen nicht zu be-

anstanden. Dasselbe gilt ausnahmsweise auch für solche Fälle, wo mit der Heilbehandlung zwar noch nicht begonnen ist, aber nach den vertrauensärztlichen Feststellungen mit einer solchen in Bälde zu rechnen ist, durch die Gewährung des größeren Heilmittels die bevorstehende Heilbehandlung abgekürzt wird und dadurch der Kasse Kosten erspart werden. Dabei gehen wir davon aus, daß die größeren Heilmittel in dem Rahmen gewährt werden, der bisher für solche Heilmittel in der Satzung vorgesehen war. In den Fällen, in denen von diesem Rahmen abgewichen werden will, hat die Kasse sich zuvor des Einverständnisses der Aufsichtsbehörde zu versichern."

Im Allgemeinen kann nun gesagt werden, daß über Schienungen und chirurgische Prothesen in der ersten Zeit nach dem Inkrafttreten des II. Buches der RVO. nichts Wesentliches veröffentlicht worden ist. Man kann dies auch verstehen. Denn auf der ganzen Linie tauchten Unklarheiten und Zweifel über die Anwendung des bestehenden Rechts, über Verwaltungsfragen und dergl. auf. Ein Problem nach dem anderen harrte seiner Lösung, so daß das ganze versicherungswissenschaftliche Schrifttum durch diese Umstände in Atem gehalten wurde. Dann kam der Weltkrieg mit seinen schweren Folgen (so mußten z. B. während des Krieges die Mehrleistungen abgeschafft werden), später wurde das Versicherungswesen durch die Zustände der Inflationszeit erschüttert. Außerdem aber hatte sich die Zahnheilkunde damals noch keine so beachtete Position errungen. Vielmehr fehlte besonders auf der Kassenseite vielfach das richtige Verständnis für die Bedeutung der Zahnheilkunde im Leben eines Volkes, abgesehen davon, daß auch die breiten Massen der Bevölkerung noch nicht in dem Grade wie heute zur Gebißpflege erzogen waren. Man war weit davon entfernt, die Zahnmedizin als ein Teilgebiet der Allgemeinmedizin zu betrachten (Axhausen in Correspond. — Bl. f. Zahnärzte 1927, Heft 1). Im Gegenteil, man sah des Wesen der Zahnheilkunde in der Betätigung auf dem Gebiete der Kosmetik. Überall betonte man ängstlich und ausdrücklich, daß Zahnbehandlung nur dann unter die Leistungspflicht der Kassen falle, wenn auch wirklich ein krankhafter Zustand, nicht etwa nur ein Schönheitsfehler behoben werden solle. Es mußte erst durch eine Entscheidung der RVA. festgelegt werden, daß die Karies überhaupt eine Krankheit im Sinne der RVO. darstelle (Entscheidung vom 20. II. 1917). Die meisterörterten zahnärztlichen Verrichtungen waren in dieser Zeit die konservierende Zahnbehandlung und der Zahnersatz, wie dies auch nach der Häufigkeit der Inanspruchnahme dieser beiden Maßnahmen zu erwarten ist. Aber es bedurfte langwährender Auseinandersetzungen, bis das Plombieren als ärztliche Behandlung anerkannt wurde und der Zahnersatz wird bis heute noch als Heilmittel angesehen, trotz gelegentlicher eindringlicher Gegenvorstellungen (OKK. 1917 Sp. 8, v. Frankenberg in Z.M. 1928 Nr. 33 S. 419; Z.M. 1928 S. 365; Z.M. 1928 S. 468; Arb.-Vers. 1927 S. 116). Äußerst bezeichnend für die frühere Einschätzung der Zahnheilkunde ist die Anfrage einer Kasse an die Zeitschrift „Die Krankenversicherung". Im Jahrgang 1916 S. 71 ist die Frage abgedruckt, ob das Zahnziehen vor Anfertigung eines Gebisses durch die Kasse unbedingt zu bezahlen sei, oder ob die Extraktion schon zum späteren Zahnersatz rechnete! Es wird hier also offenbar die Ansicht von der Kasse vertreten, daß man die Zähne zieht, um ein schönes Gebiß machen zu können, nicht aber, daß man eine Prothese anfertigt, wenn der Zustand der Zähne deren Entfernung nötig machte. Auch bestanden vielfach Zweifel darüber, ob das Plombieren und Extrahieren von Zähnen als gleichwertig zu betrachten seien, d. h. vielmehr das Plombieren der Zähne als Luxus und das Extrahieren von Zähnen als ausreichende Behandlung (A. N. 1917 S. 459). Demgegenüber ist heute festzustellen und unbedingt zu würdigen, daß die Kassen vielfach bestrebt sind, ihren Mitgliedern eine möglichst gute zahnärztliche Behandlung angedeihen zu lassen und daß das Verständnis für die Bedeutung der Zahnheilkunde in weit höherem Maße als vordem vorhanden ist.

Was nun die Kieferbruchschienen anbelangt, so haben bis in die letzten Jahre über diesen Gegenstand in der Öffentlichkeit keine ins Gewicht fallenden Erörterungen stattgefunden. Es war dem einzelnen Versicherten überlassen, die Befriedigung seiner Ansprüche im Spruchverfahren zu verfolgen. Dabei kam es nicht unwesentlich auf die Einsicht der Kassen und die Toleranz des Versicherten an. Vielfach mag auch bei Kieferfrakturen ein

entschädigungspflichtiger Betriebsunfall vorgelegen haben, für dessen Kostentragung die Berufsgenossenschaft ihre Beteiligung nicht abgelehnt hatte. Daß hierbei aber oft unerquickliche Zustände und sehr unangenehme Verzögerungen in der Abwicklung des Heilverfahrens eintraten, ist ersichtlich aus einer kurzen Bemerkung in einem Lehrbuch (NB.!) der Frakturen des Gesichtsschädels (Waßmund 1927), wo im Vorwort vor komplizierten Methoden der Frakturschienung gewarnt wird, sofern man mit einfacheren Maßnahmen zum Ziel kommt, mit besonderer Rücksicht auf die langwierigen Verhandlungen mit den Versicherungsträgern über Kostenübernahme. Häufig entstehen bei der Berechnung einer Kieferschienung dadurch Schwierigkeiten, daß die Preugo keine Mindest- bezw. Höchstsätze bestimmt, sondern gem. III B Ziff. 57 die Festsetzung des zu berechnenden Betrags der freien Vereinbarung überläßt.

Nun ist ein Fall in ausführlicher Behandlung in der Öffentlichkeit erörtert, auf den eingegangen werden muß. In der „Deutschen Krankenkasse" Nr. 11 1930 Sp. 318 ist eine Entscheidung des Oberversicherungsamts D. vom 19. 2. 30 zum Abdruck gelangt mit der Überschrift: „Die Kosten einer Kieferschiene sind nicht Kosten ärztlicher Behandlung, sondern Kosten eines Heilmittels." Der großen Bedeutung wegen, und um das Nachsuchen zu ersparen, soll (wie auch in späteren Fällen) der Artikel hier wörtlich folgen. Er lautet:

> „Bei dem Mitglied der Klägerin (einer Ortskrankenkasse d. B.), dem Arbeiter Franz J. in E., hat der behandelnde Zahnarzt Dr. P. in D. zwecks Befestigung der gelockerten Zähne die Beschaffung einer Kieferschiene im Oberkiefer veranlaßt. Die Behandlung hatte wegen eines Oberkieferbruchs, welchen sich J. am 31. Juli 1928 im Betriebe der obengenannten Firma infolge eines Unfalls zugezogen hatte, stattgefunden. Die Kosten der Kieferschiene betrugen 100 RM.
>
> Die Klägerin behauptet, daß sie nach ihrer Satzung und nach der RVO. größere Heilmittel nur bis zum Betrage von 30 RM. zu gewähren habe, und daß demzufolge die Beklagte (eine Berufsgenossenschaft d. B.), verpflichtet sei, die Kosten für die Kieferschiene anteilig in Höhe von 70 RM. zu erstatten. Sie hat infolgedessen beantragt, zu entscheiden, ob die Kieferschiene im vorliegenden Falle als Heilmittel im Sinne des § 193 Abs. 2 RVO. oder als Teil der ärztlichen Behandlung anzusehen ist.
>
> Die Beklagte beantragt Klageabweisung und wendet ein, daß es sich bei der Kieferschiene nicht um ein Heil- oder Hilfsmittel, sondern um einen Bestandteil der ärztlichen Behandlung handle, wie sich auch aus der Erklärung des Dr. P. ergebe, daß nicht das Material das Ausschlaggebende sei, sondern die Arbeit.
>
> In seiner Sitzung vom 17. Juli 1929 hat das Versicherungsamt D. entschieden:
>
> ‚Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin die Kosten für die Kieferschienung in Höhe von 70 RM. zu erstatten.' Gegen diese Entscheidung hat die Beklagte Berufung eingelegt, die sie in der gleichen Weise wie ihren Klageabweisungsantrag, außerdem aber noch in der Bl. 3, 6 der Akten ersichtlichen Weise begründet.
>
> Aus den Gründen:
>
> Die Berufung ist form- und fristgerecht eingelegt. Sie ist aber nur teilweise begründet. Gemäß § 1505 Abs. 2 RVO. gehen die Aufwendungen für Heilverfahren, wenn der Anspruch des Verletzten auf Krankengeld aus der Krankenversicherung vor dem Ablauf der 8. Woche nach dem Unfall wegfällt, bis zum Wegfall des Krankengeldes zu Lasten der Krankenkasse, soweit sie nicht über das hinausgehen, was die Krankenkasse auf Grund der Krankenversicherung zu leisten hat. Nun ergibt sich aus dem Krankenschein des J., daß er infolge des am 31. Juli 1928 erlittenen Unfalls bis einschließlich 13. August 1928 arbeitsunfähig krank gewesen ist. Sein Anspruch auf Krankengeld aus der Krankenvers. ist mithin vor dem Ablauf der 8. Woche nach dem Unfall im Sinne des § 1505 Abs. 2 RVO. weggefallen. Grundsätzlich hätte also die Klägerin die Aufwendungen auch für ein Heilverfahren zu tragen. Nun bestimmt aber § 20 der Satzung der Klägerin in der Fassung des 18. Nachtrags, daß die Kasse größere Heilmittel bis zum Betrage von 30 RM. oder, wenn die Kosten im Einzelfall diesen Betrag überschreiten, bis zu dieser Höhe einen Zuschuß gewährt. Es ist ferner in § 20 der bez. Satzung gesagt:

‚Als Heilmittel gelten u. a. auch Geradehalter, Zahnersatzstücke, Beinschienen, Stärkungsmittel (z. B. Milch, Wein), Mineral- und Brunnenwässer, sämtliche, wenn sie mit der Krankenbehandlung in unmittelbarem Zusammenhang stehen und vom Arzt zur Heilung oder wenigstens Linderung einer Krankheit oder zur Beseitigung der durch sie verursachten Arbeitsunfähigkeit, oder zur Sicherung des Heilerfolges oder deshalb verordnet werden, weil sie geeignet sind, diesen Zwecken mittelbar zu dienen.‘

Aus dem Wortlaut: ‚Sämtlich, wenn sie mit der Krankenbehandlung in unmittelbarem Zusammenhang stehen usw.‘ entnimmt die Spruchkammer, daß es sich bei der in vorliegendem Falle in Betracht kommenden Kieferschiene allerdings um ein Heilmittel im Sinn von § 20 der Satzung der Klägerin handelt. Denn wie sich aus der Auskunft des Dr. P. vom 3. Oktober 1928 in Verbindung mit der Mitteilung des Dr. P. vom 7. September 1928 ergibt, handelt es sich bei der Kieferschiene nicht um einen Gegenstand, dessen der Arzt für sich unbedingt benötigt hätte, um die Behandlung durchzuführen, sondern um ein Hilfsmittel, welches im Interesse des Patienten verwendet wurde, um diesen nach Möglichkeit von Schmerzen zu befreien, also seine Verletzung zu heilen. Der Charakter als Heilmittel ergibt sich auch daraus, daß nach der Mitteilung des Dr. P. diese Schiene erst eigens für den Patienten angefertigt werden mußte. Gegenstände, die der Arzt nicht vorrätig hat, sondern die er für einen bestimmten Patienten erst nach dessen individueller Veranlagung muß herstellen lassen, können niemals solche sein, die als Bestandteil der Behandlung anzusehen sind, sie müssen schon begrifflich als Heilmittel bezeichnet werden. Dies war auf Antrag der Klägerin festzustellen . . . “

Zu dieser Entscheidung will ich nun kritisch Stellung nehmen. Zunächst berührt es sehr merkwürdig und beweist den Mangel an Verständnis für das Wesen einer Kieferfraktur, wenn man von berufener Seite eine Kieferbruchschiene als Mittel zur Befestigung gelockerter Zähne bezeichnen hört. Es folgt allein schon aus der Wortbildung selbst, daß die Schiene den Kieferknochen zu beeinflussen hat und nicht die Zähne, wenn auch zu ihrer Befestigung die vorhandenen Zähne nach Möglichkeit herangezogen werden müssen. In der Entscheidung ist ferner angegeben, daß es sich hier bei der Kieferschiene nicht um einen Gegenstand handelt, dessen der Arzt für sich unbedingt benötigt hätte, um die Behandlung durchzuführen, sondern um ein Hilfsmittel, welches im Interesse des Patienten verwendet wurde, um diesen nach Möglichkeit von Schmerzen zu befreien, also seine Verletzung zu heilen. Es ist befremdend, wenn man hört, daß eine Kieferbruchschiene vom Arzt nicht dazu benötigt wird, um die Behandlung einer Kieferfraktur durchzuführen. Ist die Schiene also zur Behandlung nicht unbedingt erforderlich, so könnte man sie ja weglassen und den Kieferbruch ohne Schienung zu heilen versuchen. Nun gibt es wohl Oberkieferbrüche mit geringer Mobilität und ohne Dislokation, bei deren Behandlung eine Schiene nicht erforderlich ist. In der Regel aber würde das Unterlassen einer Schienung eine große Reihe von schweren Folgezuständen herbeiführen. Zunächst könnte die Heilung des Bruches verzögert sein, oder es käme zu einer festen Vereinigung der Fragmente in falscher Stellung, so daß die konsolidierten Bruchstücke auf operativem Wege nachträglich wieder mobilisiert werden müßten. Bei Unterkieferfrakturen ist als besonderes Gefahrmoment zu erwähnen die Pseudarthrose. Von einer solchen spricht man, wenn zwischen den Fragmenten nach abgeschlossener Wundheilung eine abnorme Beweglichkeit bestehen bleibt, weil jene durch Bindegewebszüge nur locker vereinigt sind. Durch eine Pseudarthrose ist begreiflicherweise eine hochgradige Herabsetzung der Funktion bedingt. In dem Handbuch von Schröder (Frakturen und Luxationen der Kiefer S. 57) ist ein Fall angeführt, wo die Kaufunktion völlig unmöglich wurde. Auch bei Waßmund (Frakturen und Luxationen des Gesichtsschädels S. 118) sind Beispiele für solche Fälle angeführt. Es wird hier von einem Patienten berichtet, bei dem nach ungeschientem Kieferbruch Kinn- und Schleimhautfisteln, Dislokation der Fragmente und Pseudarthrose auftraten. „Er konnte nur flüssige Kost genießen, war stark abgemagert und seit dem Unfall arbeitsunfähig. Bei Kindern führen Pseudarthrosen zu Störungen im Wachstum des erkrankten Knochens.“ Siehe auch Axhausen (Mitteilungen der Zahnärztekammer für Preußen, 1. März 31 Nr. 4/5 S. 16).

Mit diesen Beispielen ist hinreichend begründet, daß eine Kieferschiene das A und O der Kieferfrakturbehandlung ausmacht. Es könnte nie und nimmer der Zweck der Sozialversicherung sein, durch Unterschätzung der Arbeitsmethoden des Zahnarztes pathologische Zustände zu schaffen, die die Versicherung noch weit mehr belasten würden, als die einmalige kunstgerecht durchgeführte Behandlung der Krankheit.

Die Entscheidung führt an, daß in vorliegendem Fall die Schienung nicht zur Behandlung unbedingt erforderlich war. Es müßte sich also um eine Fraktur im oben genannten Sinne handeln. Das scheint aber nicht den Tatsachen zu entsprechen, vielmehr glaube ich aus den Vorbemerkungen der später zu betrachtenden Entscheidung des RVA. schließen zu können, daß eine Schienung tatsächlich für notwendig erachtet wurde.

In der Entscheidung heißt es weiter, daß es sich vielmehr um ein Hilfsmittel handle.

Wie auch aus der nachfolgenden Entscheidung des RVA. hervorgeht, liegt hier eine Unklarheit in der Abgrenzung der versicherungsrechtlichen Begriffe vor. Was als ein Hilfsmittel gilt, haben wir anfangs gesehen. Damit erübrigt sich eine Begründung der Verneinung eines Hilfsmittels. Dieses „Hilfsmittel" wurde im Interesse des Patienten verwendet, um diesen nach Möglichkeit von Schmerzen zu befreien, also seine Verletzung zu heilen. Diese Vorstellung ist nun vollends unhaltbar. Gegen Schmerzen gibt man Antidolorosa und durch Kieferbruchschienen heilt man Kieferbrüche. Niemals aber fertigt man eine Schiene an, um den Patienten von Schmerzen zu befreien. Die Schiene bezweckt die Ruhigstellung der Bruchenden, weil nur so eine einwandfreie Heilung möglich ist und nur in zweiter Linie bedingt die Schienung ein Nachlassen der Schmerzen des Patienten. Wohl kann versicherungsrechtlich das Bestehen von Schmerzen eine Krankheit im Sinne der RVO. darstellen, so daß deren Beseitigung zur Krankenbehandlung wird (Hahn—Kühne S. 259). Im vorliegenden Fall ist aber die Beseitigung der Schmerzen gleichgesetzt der Heilung einer Verletzung. Der Nonsens dieser Auffassung leuchtet ohne weiteres ein. Aber auch für den Fall, daß hier eine Schienung nicht nötig gewesen wäre, könnte ich dem OVA. nicht beistimmen, wenn es aus diesem Umstand die Schiene für ein Heilmittel erklärt. War die Schiene nicht unbedingt erforderlich, hätte man also durch eine andere Behandlungsmethode die Fraktur ebenfalls heilen können, so wäre von Seiten der Kasse die Schienung abzulehnen gewesen. Denn die Kasse hat nur für die billigste, ausreichende Behandlung aufzukommen. Aber für die Frage: Ärztliche Behandlung oder Heilmittel, ist dieser Umstand völlig belanglos. Denn eine ärztliche Behandlung kann nie dadurch zu einem Heilmittel werden, daß sie eigentlich über das erforderliche Maß hinausgeht und nur als Entgegenkommen gegen den Patienten gewährt wird. Aus dem Wortlaut der Kassensatzung, wonach Heilmittel der Sicherung des Heilerfolges zu dienen haben usw. und aus dem Gedanken heraus, daß für die Kieferbruchbehandlung die Schiene nicht unbedingt erforderlich war, den Schluß zu ziehen, daß es sich hier um ein Heilmittel handle, halte ich für unstatthaft.

Nun lesen wir aber weiter:

> „Der Charakter als Heilmittel ergibt sich auch daraus, daß nach der Mitteilung des Dr. P. diese Schiene erst eigens für den Patienten angefertigt werden mußte. Gegenstände, die der Arzt nicht vorrätig hat, sondern die er für einen bestimmten Patienten erst nach dessen individueller Veranlagung muß herstellen lassen, können niemals solche sein, die als Bestandteil der Behandlung anzusehen sind, sie müssen schon begrifflich als Heilmittel bezeichnet werden."

Ich möchte dagegen geltend machen, daß gerade die Herstellung einer Schiene für den jeweiligen Fall der beste Beweis dafür ist, daß es hier entschieden auf die persönliche Tätigkeit des Zahnarztes ankommt. Die genaue Feststellung der jeweiligen Lage des Falles, die Voraussetzungen, die für jeden Fall wieder andere sind und genau, mit größter Sachkunde eruiert werden müssen, die Herstellung der Schiene selbst, ihre Anbringung je nach den Mundverhältnissen und der Lage der Fraktur, die Aneinanderfügung der Bruchenden, die mit unbedingter Genauigkeit vor sich zu gehen hat, das alles stellt so hohe Anforderungen an die Erfahrung, das Können und die Fähigkeiten des Arztes, daß demgegenüber der Materialwert vollkommen in den Hintergrund tritt (v. Frankenberg, Z.-M. 1928 Nr. 8).

Dagegen stellt das OVA. fest, daß Gegenstände, die der Arzt zur Behandlung braucht und die gegebenenfalls als Teil der Behandlung anzusprechen seien, vorrätig gehalten werden müßten. Ich möchte sagen, daß es sich umgekehrt verhält, und daß eher Dinge, die vorrätig von einem Heilmittelhändler bezogen werden können, als Heilmittel zu bezeichnen sind. Sonst müßte man annehmen, daß z. B. irgendwelche Spritzen, die dem Patienten zur Selbstbehandlung mitgegeben werden, oder Krücken, die während der Behandlung einer Beinverletzung dasselbe vor mechanischen Beeinträchtigungen schützen sollen, der „ärztlichen Behandlung" näher stehen, als eine Kieferschiene. Das kann aber nicht der Fall sein.

Immerhin ist es wichtig, daß diese Entscheidung vorliegt, denn dadurch ist am besten die Unhaltbarkeit der Beurteilung von Kieferschienen als Heilmittel dargetan.

Das RVA. hat sich dieser Ansicht des OVA. entgegengestellt in einer Entscheidung vom 5. August 1931 (Z.-M. 1931 Nr. 43 Sp. 1203, Kr.-Vers. 1931 S. 555), die Folgendes klarstellt:

> Es besteht Streit darüber,
> „ob die vom Arzt vorgenommene Kieferschienung als Gewährung eines Heilmittels oder als Teil der ärztlichen Behandlung zu gelten hat. Die Tätigkeit des Arztes besteht bei Knochenbrüchen im allgemeinen darin, daß die Bruchenden aneinandergebracht und die gebrochenen Teile durch eine Schienung, sei es durch Gipsverband oder auf andere Weise, festgehalten werden. Dies kann sachgemäß nur durch einen Arzt geschehen. Dementsprechend besteht bei der Bruchbehandlung im allgemeinen kein Zweifel, daß diese mit Anwendung sächlicher Mittel verbundene Tätigkeit einheitlich als ärztliche Behandlung zu gelten hat. Nicht anders liegt es hier. Auch im vorliegenden Falle mußte den Bruchenden des Oberkiefers ein fester Halt gegeben und dadurch ihr Zusammenwachsen in der vom Arzt als richtig erkannten Lage ermöglicht werden. Nur war bei diesem Bruch die sonst im allgemeinen ausreichende Schienung (durch Gipsverband u. dergl.) nicht durchführbar, vielmehr mußte das Festlegen der Bruchenden hier durch eine aus Gußmaterial besonders angefertigte, mit dem Kiefer zu verbindende Metallschiene erfolgen. Um ein Körperersatzstück (Prothese) handelt es sich hierbei nicht. Denn die Metallschiene diente nicht dazu, einen beschädigten oder fehlenden Körperteil zu ersetzen, sondern sie war von vornherein nur zu einer vorübergehenden Verbindung mit dem Körper bestimmt, in der Weise, daß sie (ähnlich wie ein Gipsverband oder eine Knochennaht) wieder entfernt werden muß, wenn der angestrebte Zweck (das Aneinanderheilen der Knochenteile) erreicht ist. Auf den Umstand, ob das sächliche Mittel besonders für den Einzelfall hergestellt werden muß oder nicht, kommt es entgegen der Ansicht des OVA. nicht entscheidend an."

In sehr wirksamer Weise ist in dieser Entscheidung des RVA. der Analogieschluß durchgeführt von einer einfachen Extremitätenschienung durch Gipsverband u. dergl. auf eine Kieferbruchschienung. Es ist in der Tat kein grundlegender Unterschied zwischen diesen beiden Fällen. Jeder Laie wird es selbstverständlich finden, daß die Verwendung von Gips usw zu einer Schienung kein ausschlaggebendes Moment sein kann, um die Tätigkeit des Arztes durch die Verwendung dieses Materials zu einer Versorgung mit Heilmitteln zu stempeln, denn augenfällig ist das Zurücktreten des Materials gegenüber der persönlichen Tätigkeit des Arztes. Aber bei Kieferschienen wird die Sache anders beurteilt, denn hier wird Metall verwendet und vor dieser Tatsache schrumpft die Tätigkeit des Arztes in den Augen der Laien zusammen zu der Bedeutung der eines Heilmittellieferanten. Es ist dies eine merkwürdige Auffassung. Zunächst ist der Materialwert durchaus nicht so erheblich (worauf es aber gar nicht ankommen darf), denn sehr selten wird zur Kieferschienung Edelmetall verwendet, da die Schiene doch nur vorübergehend im Munde verweilen soll. Dann aber ist es auch eine einfache Rechnung, daß sich in dem Maße, wie sich die Verbandtechnik durch die Notwendigkeit der Verwendung komplizierter Apparaturen erschwert, auch die Beurteilung der Schienung zu Gunsten der ärztlichen Tätigkeit verschieben muß. In der Entscheidung lesen wir weiter, daß es sich nicht um ein Körperersatzstück („Hilfsmittel"!) handelt, entgegen der Ansicht des OVA.

Auf Grund dieser Entscheidung ist in den Z.-M. 1932 Sp. 138 ein Artikel erschienen von Steinkamm, der als Praktiker seiner Befriedigung über die endliche Regelung dieser Frage Ausdruck gibt:

Ich stimme mit ihm überein, wenn er sagt:

„Wie kann eine Kieferbruchbehandlung mit Erfolg durchgeführt werden, wenn die Kiefer nicht geschient werden. Wir stehen sogar auf dem Standpunkt, daß bei Kieferfrakturen die Schienung den wesentlichsten Bestandteil der Behandlung darstellt." (Von der Knochennaht ist man so ziemlich abgekommen (siehe Axhausen in Mitt. d. Zahnärztekammer f. Preußen Nr. 4/5 31 S. 16).

„Die Kieferbruchbehandlung erfordert „Präzisionsarbeit", welche bei Frakturen der Extremitäten in dem gleichen Ausmaß nicht verlangt wird. Daß Kassen auf die Idee kamen, daß die Kieferschiene ein Heilmittel sei, analog der Bruchbandage usw., beweist eben, wie wenig Verständnis die Krankenkassen für die Kieferbruchbehandlung besitzen. Daß eine Fraktur der Extremitäten geschient wird, ist selbst für jeden Laien eine Selbstverständlichkeit, nur bisher anscheinend nicht die Schienung für den Kieferbruch."

Interessant ist es übrigens, daß die RfA. schon lange vor dieser Entscheidung die Ansicht vertrat, daß Kieferschienen als ärztliche Behandlung zu gelten haben und daher nicht unter ihren Aufgabenkreis fallen.

Zusammenfassend und abschließend kann nun gesagt werden, daß durch die Entscheidung des RVA. vom 5. August 1931 jeder herabsetzenden Beurteilung einer Kieferschienung die Spitze abgebrochen ist, indem die Schienung eines Kieferbruchs einwandfrei als ärztliche Behandlung im Sinne der RVO. klargestellt ist.

Wir wenden uns nun der krankenversicherungsrechtlichen Beurteilung von Paradentoseschienungen zu. Damit betreten wir ein zurzeit noch ziemlich problematisches Gebiet. Die Paradentose, bekannt unter dem Namen „Zahnbettschwund", ist eine Krankheit, welche, wenn sie auch schon seit langem beobachtet wurde, doch erst in der neueren Zeit durch ihr massenhaftes Auftreten, das nach Wolff beinahe einer Endemie gleichkommt, die Aufmerksamkeit der medizinischen Wissenschaft in Anspruch nimmt und deren Erforschung gegenwärtig mit größter Intensität betrieben wird. Umso weniger ist es zu verwundern, daß in den Kreisen der Versicherungsträger bis in die letzten Jahre eine große Unkenntnis der Krankheit selbst, ihrer Therapie und Bedeutung für das Volkswohl herrschte. Wie wenig die Paradentose anfangs in der Sozialversicherung beachtet und bekannt war, erhellt aus zwei Notizen, nämlich in der Krk.-Vers. 1920 S. 74 und in Arb.-Vers. 1920 S. 15. Im ersteren Fall wird mitgeteilt:

„Die zur Zahnbehandlung der Krankenkassenmitglieder zugelassenen Zahntechniker können selbständige ärztliche Hilfe leisten mit Ausnahme der Mund- und Kieferkrankheiten. Diese Begrenzung hat in der Kassenpraxis zu einer festen Umschreibung des Begriffes „Mund- und Kieferkrankheiten" Veranlassung gegeben, welche sich im Großen und Ganzen wie folgt darstellt: Es gehören zu den Mundkrankheiten die Krankheiten der Lippen, des Zahnfleisches, der Schleimhaut an der hinteren Seite der Lippen, am Boden der Mundhöhle, der Zungen-, Wangen- und Gaumenschleimhaut, die sonstigen Krankheiten des Mundhöhlenbodens, der Zunge, der Wangen, des Gaumens einschließlich der Gaumenmandeln, die Krankheiten der Speicheldrüsen und die Verletzungen dieser verschiedenen Teile. Als Kieferkrankheiten sind die an den Oberkiefer- und Unterkieferknochen vorkommenden Krankheiten und Verletzungen anzusehen, die verschiedenen Knochen-, Knochenhaut- und Knochenmarksentzündungen — Ostitis, Periostitis, Osteomyelitis, die Nekrose, örtlicher Gewebstod der Kieferknochen, die Geschwülste, Neubildungen und Wucherungen an den Kieferknochen, deren Mißbildungen und Verunstaltungen — Deformitäten, dann die Kiefergelenkkrankheiten und die Kieferklemme, die Krankheiten der Oberkiefer- oder Highmoreshöhle, die Brüche, Verrenkungen und sonstigen Verletzungen der Kieferknochen."

In Arb.-Vers. 1920 S. 15 wird der Begriff der Zahnkrankheiten erläutert und als darunter fallend angegeben: Zahnsteinansatz, einfache Karies ohne Erkrankung des Zahnnervs, tiefere Karies mit Erkrankung der Zahnnerven, tiefere Karies mit Zerfall der Zahnnerven und Wurzelhautentzündungen.

Wie wir sehen, hat die Paradentose hier keine Erwähnung gefunden. Inzwischen ist hierin jedoch ein Wandel eingetreten durch die sich immer mehrenden Fälle von Ansprüchen Versicherter bezügl. Kostenübernahme für Paradentosebehandlungen und die stärker betriebene Aufklärungstätigkeit von seiten der Wissenschaftler. Außerdem hat die Arbeitsgemeinschaft für Paradentoseforschung (Arpa) durch ihre Richtlinien für Paradentosebehandlung der Sozialversicherten (Z.M. 1928 S. 482) großes Aufsehen auf Seite der Versicherungsträger hervorgerufen. In diesen Richtlinien sind auch Schienungen lockerer Zähne vorgesehen und zwar in Form von Temporär- und Dauerschienen, die den Zweck haben, in Verbindung mit der übrigen Behandlung die gelockerten Zähne zu einem festen Gefüge zu vereinigen, um dadurch die Eigenbewegung und Belastung der einzelnen Zähne so gering als möglich zu gestalten. Damit war wieder ein Gegenstand zu Auseinandersetzungen zwischen Zahnärzten und Versicherungsträgern geschaffen. Wie wir es bei zahnärztlichen Verrichtungen bereits gewöhnt sind, wurde natürlich eine solche Paradentoseschiene als Heilmittel betrachtet, da ja ein sächliches Mittel zur Herstellung einer solchen verwendet wurde, dem man gegenüber der ärztlichen Tätigkeit eine weitaus größere Bedeutung beimaß. Dementsprechend lautet auch eine Auskunft der „Deutschen Landkrankenkasse“ 1928 Nr. 2:

„Die Anlegung einer Schiene zur Befestigung lockerer Zähne kann nicht als eine Verrichtung zur Beseitigung einer Krankheit im Sinne der RVO. angesehen werden. Die Verschienung der lockeren Zähne ist als Zahnersatz und somit als Heilmittel zu betrachten. Heilmittel im allgemeinen sind, im Gegensatz zur ärztlichen Behandlung als der persönlichen Tätigkeit des Arztes, zur Beseitigung oder Linderung der Krankheit oder zur Erreichung des Heilerfolges dienende sächliche Mittel, einschließlich gewisser, außerhalb der gewöhnlichen ärztlichen Tätigkeit liegenden äußerlichen Einwirkungen auf den Körper ... Es gibt aber Heilmethoden, bei denen die Anwendung des sächlichen Mittels in inniger Verbindung mit der persönlichen Tätigkeit des Arztes vorkommt. Hierzu gehört das Plombieren der Zähne. Gegen die persönliche Tätigkeit tritt hier das sächliche Mittel und seine Bedeutung so sehr zurück, daß es außer Betracht bleiben und die ganze Leistung einheitlich als ärztliche Behandlung beurteilt werden muß. Bei Verschienung der Zähne wird nicht das gleiche gelten können, weil hier das sächliche Mittel (Edelmetall) von erheblicher Bedeutung ist ...“

v. Frankenberg nimmt zu dieser Äußerung Stellung in den Z.-M. 1928 S. 89. Er sagt hier:

„Bei dieser Stellungnahme wird verkannt, daß selbst bei wertvollem Metall das zahnärztliche Eingreifen, die Sachkenntnis, das Geschick und die richtige Beurteilung des Gesundheitszustandes die Hauptsache ist und daß man sich durch den etwaigen Mehrwert des Metalls nicht beirren lassen darf. Nicht wesentlich anders wie bei der Anbringung von Füllungen kommt es darauf an, das Wissen des Zahnarztes zur rechten Geltung zu bringen, ihn entscheiden zu lassen darüber, ob überhaupt eine Schienung erforderlich und zweckmäßig ist, wie weit sie ausgedehnt, wie sie befestigt, welcher Stoff dafür gewählt werden soll. Zahnbetterkrankungen (Paradentosen) und ähnliche Krankheitserscheinungen bringen eine Lockerung der Zähne mit sich. Um den Gebrauch der Zähne zu ermöglichen und Verlusten vorzubeugen, muß der Zahnarzt sichernde Maßnahmen treffen und sich dazu einer Art von Hilfsmitteln bedienen, die durchaus abhängig von ihm, seinen Anordnungen und seinem geschickten Vorgehen sind. Eine gründliche, nach Bedarf ergänzte Untersuchung macht den Anfang, die von der Krankheit ergriffenen Zähne sind vorbereitend zu behandeln, wobei jeder Zahn nach seiner Eigenart für sich in Betracht kommt. Bisweilen mag es genügen, wenn vor der Schienung, die zur

Befestigung dienen soll, die betr. Zähne zugerichtet und abgeschliffen werden, um das feste Anbringen der Schiene möglich zu machen. Schon hierbei tritt die Vergleichbarkeit mit dem Einfügen einer Füllung deutlich hervor. Noch mehr ist dies der Fall, wenn die Zähne . . . aufgebohrt werden, wenn der Zahnmarkraum geöffnet wird und sich eine Zahnwurzelbehandlung anschließt. Wer da noch das Vorliegen einer zahnärztlichen Tätigkeit leugnet, der kann von dem Vorwurf nicht freigesprochen werden, daß er für den Zusammenhang der Dinge nicht ausreichendes Verständnis zeigt. Die Herstellung der Schienenvorrichtung in der zahnärztlichen Werkstatt (Laboratorium) ist doch nur Mittel zum Zweck: Was der Zahnarzt vor- und nachher zu tun hat, überwiegt ganz erheblich. Nicht selten ereignet es sich übrigens, daß die Anbringung der Zahnschiene die Voraussetzung für die nachfolgende operative Behandlung der Paradentose bildet, sodaß der Zusammenhang noch augenfälliger wird. Aber auch wenn man hiervon absieht und sich einfachere Fälle vergegenwärtigt, so braucht man nur sich die Frage vorzulegen, was für das Heilverfahren den Ausschlag gibt. Eine Brille ist je nach Bedarf auf- und abgesetzt, das Anlegen eines Bruchbandes vermag jeder selbstständig zu besorgen, — es ist wirklich ein himmelweiter Unterschied zwischen diesen Vorgängen und der Schienung gelockerter Zähne und es ist verfehlt, aus dem Werte des dabei benutzten Materials Rückschlüsse zu ziehen, die auf eine Herabsetzung des Einflusses der zahnärztlichen Wirksamkeit hinauslaufen . . ." (Siehe auch Z.-M. 1928 S. 419).

Es ist sehr gut, daß v. Frankenberg den Vergleich mit der konservierenden Behandlung heranzieht. Denn auch bei der Herstellung einer Paradentoseschiene muß vorher eine Präparation der Zähne erfolgen. Diese Präparation stellt aber die allergrößten Anforderungen an die Sorgfalt und das völlige Beherrschen der Materie, so daß sie nach Pichler im Vergleich zur prothetischen und konservierenden Zahnbehandlung als die weitaus schwerste Form der vorbereitenden Maßnahmen bezeichnet werden muß. Es wäre zwecklos und kann niemals meine Aufgabe sein, hier die Schwierigkeiten, denen der Zahnarzt bei Anfertigung einer Schiene gewachsen sein muß, aufzuzählen. Denn für den Zahnarzt ist deren Kenntnis eine Selbstverständlichkeit und für ihn hat die Frage, ob eine Paradentoseschiene ärztliche Behandlung oder Heilmittel sei, nur eine Lösung, nämlich daß sie ärztliche Behandlung ist, und für den Sozialrechtler würde es jedes Eindrucks verfehlen, da hier nicht die nötigen Sachkenntnisse vorausgesetzt werden können. Wenn v. Frankenberg betont, daß bei praeoperativer Paradentoseschienung der Zusammenhang zwischen ärztlicher Tätigkeit und Herstellung der Schiene noch augenfälliger ist, weil dadurch erst die Operation möglich wird, so ist das nur zu unterstreichen. Man stelle sich vor, daß schon zu den notwendigen Kosten der ärztlichen Behandlung gerechnet werden solche, durch die sie erst ermöglicht wird, z. B. eines Dolmetschers zur Verständigung zwischen Arzt und Patient, die Kosten eines Wagens, eines Telegramms zur Herbeiholung des Arztes usw. (Hahn-Kühne S. 264, Hoffmann, Anm. 5 zu § 182 RVO.). Dann ist also in unserem Fall, wo außerdem ein Überwiegen der persönlichen Tätigkeit gegenüber dem Sachwert zweifellos vorliegt, das völlige Verschmelzen der Herstellung der Schiene und der operativen Tätigkeit zu einer einheitlichen ärztlichen Maßnahme eine noch größere Selbstverständlichkeit. Daß übrigens die Schiene als Zahnersatz bezeichnet wurde, ist ganz haltlos. Denn ein Zahnersatz hat Zähne zu ersetzen, die Schiene aber hat die Zähne zu befestigen und dadurch zu erhalten.

Auf die Abhandlung v. Frankenbergs hat Goos, ein Vertreter der Kassen, in den Z.M. 1928 S. 197 eine angenehm objektiv gehaltene Erwiderung veröffentlicht. Damit ist ein neuer Punkt in den Gesichtskreis der Beurteilung getreten. Zunächst räumt der Verfasser ein, daß man, wenn eine Schiene in Frage komme, diese als ärztliche Behandlung betrachten müsse. Diese Frage sei aber nicht so brennend wie die, ob eine Paradentoseschiene vorderhand überhaupt für Kassenleistungen in Frage komme, da die Wissenschaft sich über die Maßnahmen der Paradentosebehandlung selbst noch nicht im Klaren sei. Denselben Standpunkt vertritt Goos in einer Abhandlung in der „Ersatzkasse" 1929 Nr. 12 S. 173, wenn er schreibt:

„Stadtrat H. v. Frankenberg gab in einer Abhandlung in den „Z.M. Nr. 8 vom 19. II. v. J. unter Hinweis darauf, daß Zahnfüllungen zur zahnärztlichen Behandlung gehören, der Auffassung Ausdruck, daß die Krankenkassen auch Zahnschienungen ohne weiteres zu zahlen hätten. Ich konnte ihm jedoch in einer Erwiderung hierzu in Nr. 15 der gleichen Zeitschrift, ohne Widerspruch zu finden, nachweisen, daß die Dinge bei der Zahnschienung doch wesentlich anders liegen als sonst. Unbestritten soll sein, daß an sich die Zahnschienung ärztliche Behandlung ist, weil hierbei das sächliche Mittel (die Goldschiene) so sehr gegen die persönliche Tätigkeit des Arztes zurücktritt, daß es außer Betracht bleiben und die ganze Leistung einheitlich als ärztliche Behandlung beurteilt werden kann .... Hahn sagt auf Seite 284 seines Handbuchs der Krankenversicherung, daß nur wegen Kostspieligkeit die Kasse eine Heilbehandlung, z. B. eine größere Operation, nicht ablehnen kann. Hieraus und aus der Verpflichtung der Krankenkassen, ihren versicherungspflichtigen Mitgliedern als Regelleistung nach der RVO. freie ärztliche Behandlung zu gewähren, leitet Frankenberg wahrscheinlich seine Auffassung ab. Sie geht aber fehl, weil mit der Paradentosebehandlung noch keine gesicherten wissenschaftlichen Erfahrungen vorliegen. Die in der Fachpresse vertretenen Meinungen sind dafür der beste Beweis." (Z.M. 1928 S. 514 515, Z.M. 1928 S. 556.)

„... Hier liegt es also ähnlich so, wie beispielsweise bei einer Entscheidung des VA. Hamburg vom 4. Juli 1920. Es handelte sich damals um das Friedmann'sche Tuberkuloseserum. Das VA. verneint ausdrücklich die Leistungspflicht der Krankenkassen mit der Begründung: ‚Solange aber neue Heilmethoden oder Heilmittel nach im Stadium der Erprobung sind und noch keine allgemeine Anerkennung gefunden haben, sind die Krankenkassen nicht verpflichtet, sie ihren Mitgliedern oder deren Familienangehörigen zu gewähren' ... Niemand wird den Wert von Frühbehandlung und vorbeugenden Maßnahmen bestreiten wollen. Es ist einleuchtend, daß diese, gerade bei der Paradentose, nicht nur der Gesundheit der Versicherten nützlich, sondern auch kostenersparend für die Kassen wirken würde. Die geforderte Aufklärung der Allgemeinheit muß aber so geartet sein, daß sie keine Manie hervorruft und damit das Gegenteil des Gewollten erreicht ..."

In der gleichen Abhandlung gibt Goos in Anlehnung an den Bericht einer Tagespresse und an Ausführungen von Hoffmann eine ausgedehnte, allgemein verständliche Erläuterung über die Paradentose als Krankheit und ihre Therapie; ein Zeichen dafür, welcher Wert der Paradentose auf seiten der Versicherungsträger schon beigelegt wird. Außerdem wird noch auf die Richtlinien der Arpa eingegangen und auf die Bestimmungen der RfA. bezgl. der Paradentosebehandlung hingewiesen.

Nun ist zu sagen, daß man es verstehen kann, wenn die Kassen in Fragen der Paradentosebehandlung vorsichtig sind und sie müssen es sein, denn eine pekuniäre Überlastung der Kassen muß unter allen Umständen so weit als möglich verhindert werden. Die Bemerkungen aus der Fachpresse, aus denen die Differenzen der wissenschaftlichen Anschauungen hervorgehen, sowie die Mitteilung, daß die Richtlinien der Arpa nichts Endgültiges seien, vielmehr dauernder Überprüfung und evtl. Änderungen unterliegen sollen, sind allerdings eine Stütze für die Skepsis auf seiten der Kassen. Dagegen ist aber zu sagen, daß in den Kreisen der Wissenschaftler die Meinungen wohl auseinandergehen über Wesen, Ursachen, auslösende Momente, auch Therapie der Paradentose, daß aber die Schienung in den dafür in Frage kommenden Fällen durch die Wissenschaft allgemein anerkannt ist und ihre Stellung als gesichert gelten darf. Daß häufig zu große Ansprüche von seiten der behandelnden Zahnärzte an die Versicherungsträger bzgl. der Paradentosebehandlung gestellt wurden, muß leider zugegeben werden. Daher ist es wohl auch zu begreifen, wenn die RfA. in den Richtlinien vom Juni 1929 die vorherige Einholung ihrer Genehmigung bei Paradentoseschienungen verlangt hat. Übrigens glaube ich, daß es zweifellos ist, daß auch die RfA. die Zahnschienung bei Paradentose als ärztliche Behandlung gelten läßt und daß sie diese nur in den Richtlinien aufgenommen hat, um ihren Mitgliedern eine ausreichende Behandlung zu sichern, weil eben auf seiten der Kassen noch nicht die rechte Erfahrung und das nötige Verständnis vorhanden waren.

Wichtig ist weiterhin eine Ansicht Selkas in Arb.-Vers. 1928 S. 497:

„... Haben aber die Kassen eingesehen, daß in den letzten Jahren sich eine Änderung innerhalb der Auffassung über die Notwendigkeit der Zahnbehandlung vollzogen hat, daß insbes. das Gebiß und nicht der einzelne Zahn zu behandeln ist, weil alles auf die Funktion ankommt, so werden sie mir auch weiter folgen können, wenn ich ... grundsätzlich als Pflichtleistungen angesehen wissen möchte ... „Schienungen." Wir wissen heute, ... welch verheerende Zerstörungen neben der Karies (Zahnfäule) die sog. Paradentose (Zahnbetterkrankung) anrichtet. Der Kampf gegen diese heimtückische Krankheit ist jetzt erfolgreicher aufgenommen. Es hat sich eine Arbeitsgemeinschaft für Paradentoseforschung (Arpa) gebildet, die letzthin wieder mit ausführlich gearbeiteten Richtlinien für die Paradentosebehandlung Sozialversicherter an die Öffentlichkeit getreten ist. ... Vielfach werden auf diesem Gebiet bes. zur Linderung akuter Zustände auch von den Kassenzahnärzten Behandlungen vorgenommen. Sind diese chirurgischer oder medikamentöser Art, so werden sie nach Maßgabe der Gebührenordnung von den Kassen vergütet. Für andere Behandlungsmethoden gilt das aber bisher nicht ohne weiteres. Es wird aber notwendig sein, daß die Kassen alle bei dieser Krankheit notwendigen Spezialbehandlungen besonders und entsprechend werten. Bisher fällt im allgemeinen die Kassenhilfe namentlich dann aus, wenn es sich zur Heilung dieser Krankheit notwendig erweist, eine Schiene anzufertigen und einzusetzen; ganz gleichgültig, ob diese Schiene vorübergehend oder dauernd getragen werden muß. Das ist nicht zu rechtfertigen. Denn die Anfertigung einer Schiene stellt zweifelsfrei eine „ärztliche Behandlung" dar und ist kein „Heilmittel". Die ärztliche Tätigkeit ist dabei ausschlaggebend. Materialkosten und andere indirekte Kosten treten ganz in den Hintergrund. Der hohe Preis solcher Schienen ergibt sich aus der Schwierigkeit der im Mund und vom Zahnarzt selbst vorzunehmenden Verrichtungen und aus der Größe der Verantwortung, nicht aus einer etwaigen Verwendung von Gold u. ä. Diese Behandlungsmethode ist auch in ihrer Anwendung heute bereits hinreichend vervollkommnet und gesichert. Eine solche Schienenbehandlung ist vielfach allein angezeigt. Einem jungen Menschen z. B., der an der genannten Krankheit leidet und bei dem in ihrem Verlauf sich die 6 unteren Vorderzähne etwa gelockert haben, kann man heutzutage nicht mehr zumuten, sich diese Zähne entfernen zu lassen. Ist hier nun durch eine Schiene Heilung zu erreichen, so ist auch nur diese Behandlung angemessen, und infolgedessen muß die Krankenkasse die Kosten übernehmen ..."

Äußerst wichtig erachte ich es, daß in Hahn-Kühne auf Seite 264 unter dem Abschnitt „Zahnbehandlung" nur auf diesen Aufsatz Selkas in Arb.-Vers. 1928 S. 497 hingewiesen wird, daß sich Hahn also hier offenbar mit Selka einig erklärt. Zum Schluß seien nun noch zwei Veröffentlichungen aus der letzten Zeit angeführt. In Arb.-Vers. 1930 S. 168 Nr. 11 und in Ers. k. 1930 S. 38 ist ein Bescheid des Reichsaufsichtsamts für Privatversicherung vom 6. Februar 1930 wiedergegeben mit der Überschrift „Paradentose als Krankheit":

„Über die Frage, ob die heute erst von einem Teil der Zahnärzte ausgeübte Paradentosebehandlung von den Krankenkassen als Pflichtleistung gewährt werden muß oder nicht, liegen Entscheidungen oberster Spruchbehörden unseres Erachtens bisher nicht vor Die für die Ersatzkassen gültige Allg. deutsche Gebührenordnung für Ärzte und der für gesetzliche Krankenkassen geltende Teil IV der Preugo für Ärzte und Zahnärzte enthalten keine Positionen für Paradentosebehandlung. Nach den von der RfA. aufgestellten Richtlinien für die Bearbeitung der Anträge im Zahnheilverfahren in der Fassung vom Juni 1929 können unter bestimmten Voraussetzungen Zuschüsse gewährt werden, wenn vorher die Zustimmung zur Paradentosebehandlung eingeholt worden ist. Diese Zustimmung dürfte im allgemeinen von dem Ausfall eines vertrauensärztlichen Gutachtens abhängig gemacht werden. Über die Art der Behandlung bei Paradentose besteht in Kreisen der Ärzte noch keine einheitliche Auffassung. So lange aber in dieser Hinsicht noch Zweifel bestehen,

wird man nach Rechtsprechung und Schrifttum die Krankenkassen nicht allgemein verpflichten können, die von den einzelnen Behandlern zur Anwendung gebrachten Heilmethoden als Pflichtleistung zu gewähren. Hieran kann u. E. auch dadurch nichts geändert werden, daß, wie Sie angeben, bei Reichswehr und Schupo Paradentose behandelt wird. Wir neigen zu der Ansicht, daß Paradentose eine Krankheit ist, zu deren Behebung von den Krankenkassen die zur Heilung notwendigen Leistungen gewährt werden sollten. Wie bereits ausgeführt, bestehen über die Art der Behandlung noch keine einheitlichen Grundsätze und Erfahrungen. Es wird deshalb im Zweifelsfalle notwendig sein, vor der Durchführung einer Behandlung nach Fühlungnahme mit der Kasse einen Vertrauensarzt darüber zu zu hören, welche Maßnahmen im Einzelfalle notwendig und ausreichend sind, um das Leiden zu beheben und die Arbeitsfähigkeit zu erhalten."

Ähnlich gehalten ist eine Notiz in „BKK." 1931 Nr. 12 S. 139:

„. . . Schwierigkeiten bestehen hinsichtlich der Vergütung der zahnärztlichen Verrichtungen bei Paradentose (Zahnbettschwund). Obwohl diese Zahnkrankheit immer mehr zunimmt, dürfte es z. Zt. ratsam sein, eine Vereinbarung über die Höhe der ärztlichen Vergütung bei Paradentose nicht zu treffen. Ich muß den Kassen z. Zt. empfehlen, eine Prüfung von Fall zu Fall vorzunehmen und hierbei gegebenenfalls die Hilfe eines Vertrauensarztes in Anspruch zu nehmen. Die Kassenspitzenverbände sind damit beschäftigt, geeignete Unterlagen zu sammeln, um eine befriedigende Regelung vorzubereiten . . ."

Nach alldem ergibt der gegenwärtige Stand bezügl. der Paradentosebehandlung folgendes Bild: Im allgemeinen herrscht bei den Kassen noch eine große Unklarheit und Unkenntnis in bezug auf die Paradentose als Krankheit überhaupt, noch mehr auf ihre wirksame Therapie. Trotzdem wird zugegeben, daß die Paradentose eine Krankheit im Sinne der RVO. darstellt, für deren Bekämpfung die Kassen Mittel zur Verfügung stellen müßten. Die Bedeutung der Paradentose wird aber in den meisten Fällen noch stark unterschätzt, im Gegensatz zu Reichswehr und Schupo, deren Mitglieder schon längere Zeit gegen Paradentose behandelt werden. Nun wird von den Kassen der Standpunkt vertreten, daß in Ermangelung irgendwelcher Entscheidungen der obersten Behörden und einer genauen Umgrenzung der zahnärztlichen Verrichtungen und deren Honorierung bei Paradentose in der Gebührenordnung, daß außerdem bei dem Auseinandergehen der Meinungen über die Paradentose in Kreisen der Wissenschaftler die Kassen nie verpflichtet sein könnten, vorderhand die Behandlung der Paradentose bei ihren Mitgliedern zu finanzieren. Sollte sich die Gewährung einer Behandlung trotzdem als unbedingt nötig erweisen, so müßten durch vorheriges Gutachten eines Vertrauensarztes die ganze Sachlage geklärt und die notwendigen Behandlungsmaßnahmen festgestellt werden. Man kann diesen Standpunkt durchaus verstehen, wenn auch heute gesagt werden muß, daß die Therapie, so weit sie für die Sozialversicherung in Frage kommt, doch im großen und ganzen festgelegt ist. Insbesondere kann kein Zweifel mehr bestehen, daß Schienen in bestimmten Fällen durchaus angezeigt sind und evtl. die einzig wirksame Behandlung darstellen können. Daß die Schiene als solche als ärztliche Behandlung und nicht als Heilmittel zu beurteilen ist, wird vielfach nicht mehr in Abrede gestellt, und diese Ansicht dürfte sich in Anbetracht der Entscheidung über Kieferschienen auch in absehbarer Zeit allgemein durchsetzen. Wenn die Anlegung einer Paradentoseschiene also erforderlich wird, wären m. E. die Kassen verpflichtet, diese unbedingt zu gewähren. Allerdings möchte ich vorderhand den Kassen das Recht zugestehen, so lange, bis die Paradentosebehandlung unbestrittenes Allgemeingut der behandelnden Zahnärzte geworden ist, sich über die Notwendigkeit einer Schienung von Fall zu Fall zu vergewissern. Es dürfte m. E. in nicht allzulanger Zeit eine wesentliche Neugestaltung der Verhältnisse in der Paradentosebehandlung durch die Krankenkassen erfolgen.

Wir gehen über zur Betrachtung der Stellung orthodontischer Schienungen in der Krankenversicherung. Es ist dies ein noch ziemlich undiskutiertes Kapitel. In Arb.-Vers. 1928 Nr. 27 S. 432 ist ein Bescheid abgedruckt auf die Anfrage, ob die Kassen

die Kosten der Regulierung unregelmäßiger Zahnstellung zu tragen hätten. Er lautet:

> „Die sog. orthodontische Zahnbehandlung, das ist das gewaltsame Richten von anormal sitzenden Zähnen, haben die Krankenkassen im allgemeinen nicht als Pflichtleistung zu währen. Denn die anormale Stellung der Zähne kann an sich nicht als „Krankheit" bezeichnet werden. Körperliche Mißbildungen sind keine Krankheiten. Nur wenn sie andere pathologische Prozesse hervorrufen, die das körperliche Befinden und die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen, sind die Kassen verpflichtet, auch die ärztliche Behandlung jener Krankheitsursachen zu verschaffen, wenn diese möglich und nötig ist, um die Folgezustände zu beheben oder zu bessern. So ist die Kasse nicht einmal zur operativen Behandlung einer Bruchanlage verpflichtet, wenn diese nicht notwendig erscheint, sondern ein Bruchband Beschwerden und die Gefahr des Austritts zurückhält und die Arbeitsfähigkeit nicht in Frage gestellt ist ... In diesem Falle soll offenbar die Notwendigkeit der Behandlung damit begründet sein, daß angegeben ist, durch die Behandlung solle die Kaufähigkeit wiederhergestellt werden. Diese Begründung reicht aber nicht aus. Nur wenn durch lange Behinderung des Kauaktes infolge von Ernährungsstörungen Magenleiden oder andere Folgekrankheiten in Erscheinung getreten wären, wäre eine Krankheit im oben entwickelten Sinn vorhanden, die zu ihrer dauernden Heilung auch die Herstellung ausreichender Kaufähigkeit erforderte. Daher kann höchstens angenommen werden, daß die Zahnregulierung und die Herstellung normaler Kautätigkeit zur Verhütung von anderen Gesundheitsstörungen durch das schlechte Kauen geboten erscheint. Eine solche vorbeugende Heilbehandlung gehört aber nicht zu den Pflichtleistungen der Krankenkassen der RVO., sondern zu den freiwilligen Leistungen individueller Krankheitsverhütung, die sie nach Maßgabe bes. Satzungsbestimmungen übernehmen können (§ 363 Abs. 1, § 187 Ziff. 4 RVO.)."

Hier wird also die Grundfrage aufgerollt, ob das Vorliegen von Stellungsanomalien der Zähne eine Krankheit im Sinne der RVO. darstellt. Es ist zu beachten und zu begrüßen, daß hier die Stellungsanomalien nicht als Schönheitsfehler bezeichnet sind. Viele Anomalien sind Schönheitsfehler, jedoch nur als Begleiterscheinung schwererer Zustände, so daß sie jene Bezeichnung durchaus nicht verdienen. Vielmehr werden hier die Stellungsanomalien als Mißbildungen bezeichnet. Auch ich bin der Ansicht, daß es sich versicherungsrechtlich bei gewöhnlichen Stellungsanomalien der Zähne um Mißbildungen handelt, die nicht als Krankheit im Sinne der RVO. anzusprechen sind. Anders ist der Fall, wenn die Stellungsanomalie so stark ist, daß sie zur Beeinträchtigung der Kautätigkeit führt. Wohl wird von den Versicherungsrechtlern durchweg angenommen, daß mangelnde Kaufähigkeit an sich noch keine Krankheit darstellt (EKK. 1927 S. 120), sondern daß sie nur Krankheitsursache werden kann z. B. von Magen- und Darmleiden oder Unterernährung, und daß sie nur dann zu behandeln und zu beseitigen ist. Ich würde aber eher einen Standpunkt vertreten, der in Arb.-Vers. 1924 Nr. 12 S. 187 zur Geltung kommt, nur auf das Gebiß angewandt. Wenn also durch den Zustand der Zähne eine Beeinträchtigung des körperlichen Befindens oder der Arbeitsfähigkeit eingetreten ist, dann haben wir es nach allgemeiner Ansicht mit einer Krankheit zu tun, für deren Behebung die Kasse aufzukommen hat, also auch durch Regulierungen. Ist es aber noch nicht so weit gekommen, so wäre rechtlich allerdings nur an vorbeugende Maßnahmen, also freiwillige Leistungen der Kassen, zu denken. Nun ist von Vertretern der Kassen wiederholt geäußert worden, daß sich, schon im wirtschaftlichen Interesse, der Schwerpunkt der modernen Krankenversicherung immer mehr auf vorbeugende Maßnahmen richtet. Dies wird auch in bezug auf die Gebißbehandlung sehr befürwortet. In EKK. 1927 S. 120 lesen wir:

> „Ungenügende Kaufähigkeit bedeutet an sich zwar keine Krankheit, hat aber in den meisten Fällen als Ursache einer Magen- bezw. Verdauungsstörung, die sich sehr bald einzustellen pflegt, zu gelten Es ist deshalb für die Krankenkassen wertvoller, schon bei der Beseitigung der Ursache Mithilfe zu leisten, als erst die Folgen abzuwarten und dann zur Übernahme der meistens höheren Kurkosten dieser Folgeerscheinungen verpflichtet zu sein."

Wir wissen, daß unregelmäßige Zahnstellung als Ursache vieler Krankheiten gelten muß. Ich erinnere nur an Paradentose, Karies, Gingivitiden, Magen- und Darmleiden. Hand in Hand mit der Herabsetzung des Ernährungszustandes geht eine erhöhte Krankheitsbereitschaft des Organismus, ein Verfall der Kräfte usw. (DKK. 1931, Sp. 169). Mit Rücksicht darauf ist es den Kassen unbedingt zu raten, schon bei der vorbeugenden Tätigkeit durch Regulierung des Gebisses mitzuhelfen. Eine Verpflichtung dazu besteht jedoch nicht. Die frühzeitige Regulierung ist auch deshalb äußerst wichtig, da die orthodontische Behandlung nur in jungen Jahren ohne erhebliche Komplikationen durchgeführt werden kann, während sich die Fälle ungünstiger gestalten, je länger gewartet wird. Kiefer hat in der DKK. 1927 Sp. 551 sehr eindringlich und leichtverständlich den Wert der Instandhaltung gerade des jugendlichen Gebisses gezeigt, da besonders in den Entwicklungsjahren der Körper von der Ernährung aufs stärkste abhängig ist und zu welch schweren Folgen es kommen kann, wenn dies nicht berücksichtigt wird.

Sehr interessant ist ferner, was Selka in Arb.-Vers. 1928 S. 497 über die Regulierungen schreibt:

> „Einer der größten Fortschritte in der Zahnheilkunde ist die Durchdringung der gesamten Praxis mit dem Grundsatz von der Einheit des Zahnsystems. Ober- und Unterkiefer mit der Gesamtzahl der einzelnen Zähne sind eins, ein Organ. Die Kassen selbst haben bereits eingesehen, daß es nicht auf das Vorhandensein eines einzelnen Zahnes ankommt, also darauf ob das Gebiß anatomisch gedacht, normal, gesund ist, sondern daß alles auf die Funktion ankommt, die natürlich nur durch den Gesamtzustand des Gebisses und der Mundhöhle bedingt ist . . ."

Selka führt dann aus, daß er, wie die Schienungen (siehe unter Paradentose), so auch die Regulierungen grundsätzlich als Pflichtleistungen der Kassen angesehen wissen möchte:

> „ . . . Ebenso (wie bei den Paradentoseschienen, d. V.) verhält es sich mit der Regulierung, d. h. mit dem Geraderichten einzelner Zähne oder ganzer Zahnreihen bezw. der Herstellung eines einwandfreien Zusammenbeißens beider Kiefer. Freilich muß erst festgestellt sein, daß es sich bei diesem Krankheitszustand auch um eine Krankheit im Sinne der RVO. handelt. Ist dieses aber der Fall, dann muß auch die Kasse dafür eintreten. Die Kosten der Apparatur, die zur Heilung dieser Schäden benötigt wird, sind im Vergleich zu der langen, oftmaligen und schwierigen Behandlung durch den Zahnarzt verschwindend gering. Die kieferorthopädische Behandlung ist häufig allein zum Ziele führend, allein angemessen und daher hat das Kassenmitglied auch darauf Anspruch . . ."

Auch hier möchte ich nochmals betonen, daß sich Hahn in seinem Handbuch der Krankenversicherung offenbar mit Selka einig erklärt hat. Damit ist auch schon die bis jetzt noch nicht angeschnittene Frage behandelt, ob eine Regulierung ärztliche Behandlung oder Heilmittelbelieferung ist. Ich verweise hier auf das über die anderen Schienen Gesagte und möchte damit die orthodontische Schienung durchaus als ärztliche Behandlung bewerten. Vor allem muß man der Ansicht engegentreten, zwischen Beinschienen z. B. und orthodontischen Schienen einen Vergleich ziehen zu können. Dies ist nicht haltbar, denn daß bei einer Regulierung, die das Berechnen und Einbeziehen der geringsten und verborgensten Kraftkomponenten, die eine jahrelange Erfahrung und die größte Sachkenntnis erfordert, die persönliche Tätigkeit überwiegt gegenüber dem sächlichen Mittel, ist für jeden Einsichtigen ohne Frage. Daher ist m. E. eine Kieferregulierung im Krankheitsfalle von der Kasse als Pflichtleistung zu gewähren.

Mit Vorstehendem ist die Stellung der Schienung in der Krankenversicherung abgehandelt und wir wollen uns jetzt der krankenversicherungsrechtlichen Beurteilung chirurgischer Prothesen zuwenden.

Über diesen Punkt sind einige größere Äußerungen veröffentlicht, die, wenn ich mich nicht täusche, ein und denselben Fall behandeln. An diesem kann vortrefflich das ganze uns interessierende Problem der Resektionsprothesen in der Krankenversicherung demonstriert werden.

In Arb.=Vers. 1928 Nr. 22 S. 351 finden wir eine Auskunft unter der Überschrift: „Gehören Kieferprothesen, die nach der Resektion einer kranken Kieferhälfte erforderlich sind, zur ärztlichen Behandlung oder sind es Heilmittel oder Hilfsmittel?“:

„Eine Kieferprothese ist an und für sich ein durch technische Arbeit hergestelltes sächliches Mittel zum Ersatz eines Körperteils ähnlich einem Kunstbein, einem Kunstauge oder einem künstlichen Gebiß. Während letztere Behelfsmittel im allgemeinen auch von Technikern oder nichtärztlichen Fachleuten angepaßt und angebracht werden können, kann allerdings eine Kieferprothese nur von Ärzten unter weiterer chirurgischer Behandlung eingesetzt werden. Nach der Bedeutung und dem Wert der gesamten Arbeiten und Verrichtungen wird aber auch bei der Kieferprothese die Herstellung des Ersatzteils mit den zugehörigen zahntechnischen Vor= und Hilfsarbeiten von überwiegender Bedeutung gegenüber der chirurgischen Tätigkeit zum Einsetzen der Prothese sein. Als ärztliche Behandlung möchten wir daher und deshalb die Herstellung der Prothese nicht ansehen, weil mit der operativen Entfernung der Kieferhälfte wegen eines Sarkoms die Krankheit an sich behoben ist. Nach der Resektion des Kiefers und der Heilung der Wunde ist die Krankheit beseitigt. Weil die Prothese somit erst nach der radikalen Heilung von der Krankheit eingefügt werden soll, handelt es sich im Sinne des § 187 Ziff. 3 RVO. um ein Hilfsmittel gegen Verunstaltung und Verkrüppelung, das nach beendigtem Heilverfahren nötig ist, um die Arbeitsfähigkeit wieder herzustellen oder zu erhalten oder, wie es § 558 b Nr. 2 in anderer Umschreibung ausdrückt, um ein Hilfsmittel, das erforderlich ist, um den Erfolg der Heilbehandlung zu sichern oder die Folgen der Verletzung, das ist des verbliebenen Defektes, zu erleichtern.

In dem Gesetz und in der Kassensatzung werden Heilmittel von Hilfsmitteln unterschieden. An sich wären auch die Hilfsmittel zu den Heilmitteln zu rechnen, da sie ebenfalls Heilzwecken dienen und die Körperersatzstücke den im Gesetz zu den Heilmitteln gerechneten Brillen und Bruchbändern nach Art und Zweck besonders nahestehen; sollen sie doch ebenso wie diese körperliche Defekte ausgleichen, um die Arbeitsfähigkeit zu erhalten und auch weitere gesundheitliche Störungen und Beschwerden zu verhüten (vgl. Rosin, Arbeiterverf. Bd. I S. 378). In dem gesetzlichen Recht der Krankenversicherung wird aber der Begriff der Heilmittel unter dem Gesichtspunkt verengert, daß die Kassen nur verpflichtet sein sollen, die sog. „kleineren“ Heilmittel zu gewähren, d. h. die weniger kostspieligen Heilmittel, die die Kosten von Brillen und Bruchbändern nicht wesentlich übersteigen und insofern diesen letzteren gleichgestellt sind .... Es ist aber den Kassen nach Maßgabe ihrer Leistungsfähigkeit gestattet, darüber hinausgehend nicht nur kostspieligere Heilmittel oder einen Zuschuß dazu zu gewähren ...., sondern auch andere Hilfsmittel zu Heilzwecken im engeren Sinn des § 187 Nr. 3 zuzubilligen. Wenn eine Kasse, in ihrer Satzung von beiden Befugnissen Gebrauch machend, sowohl größere Heilmittel als auch Hilfsmittel oder Zuschüsse dazu gewährt, dann ist die Frage, ob es sich um ein Heilmittel oder um ein Hilfsmittel handelt, nur dann von Bedeutung, wenn Leistungen für die beiden Arten verschieden hoch sind. Das ist hier der Fall ... Es ist unter Umständen in erster Linie aus der Satzung zu entnehmen, wie weit der Begriff des Heilmittels als der aus dem Gesamtbegriff Heilmittel ausgeschiedene engere Begriff auszulegen ist. Die Satzung bestimmt in § 20: „Für Hilfsmittel gegen Verunstaltung und Verkrüppelung, die nach beendigtem Heilverfahren notwendig sind, um die Arbeitsfähigkeit herzustellen oder zu erhalten usw.“ Diese Bestimmung deckt sich mit der des Hilfsmittels in § 187 Nr. 3 RVO. Es kann nicht zweifelhaft sein, daß der Mann mit einem halben Kiefer dadurch verunstaltet und verkrüppelt ist und zu seiner normalen Ernährung und damit zur Erhaltung seiner Gesundheit und Kraft, also seiner Arbeitsfähigkeit, der Prothese bedarf. Es handelt sich danach im Sinn des Gesetzes und der Satzung nicht um ein Heilmittel, sondern um ein Hilfsmittel, für das die Satzung den Zuschuß bis auf 100 RM. bemessen hat. ...“

Auf diese Begutachtung stützt sich eine Bekanntgabe von seiten der Kasse, die in den Z.M. 1929 Nr. 41 S. 596 wiedergegeben ist. Sie lautet:

„Ein Kassenmitglied war wegen Sarkom in ärztlicher Behandlung, in deren Verlauf eine Kieferresektion erforderlich wurde. Dieser Eingriff berührte die Ernährung und damit die Lebenserhaltung des Erkrankten. Es erfolgte daher ein Ersatz des entfernten Kiefers mit den dazu gehörigen Zähnen und dessen Eingliederung.

Es entstanden nun Zweifel darüber, ob eine derartige Prothese als Teil der chirurgischen Behandlung (Heilmittel) im Sinne der Krankenversicherung anzusehen ist oder als Hilfs- und Stützmittel oder als Zahnersatz. Die Kasse hat, um die bestmögliche Vergütung zu gewähren, angenommen, daß es sich um Hilfs- und Stützmittel handelt. Das Mitglied hat sich mit dieser Gewährung nicht abgefunden und hat das für ihn zuständige Wohlfahrtsamt um vorschußweise Bewilligung der Kosten ersucht. Das ist geschehen. Das Wohlfahrtsamt verlangte nun von der Kasse die grundsätzliche Anerkennung der ganzen Leistung, wobei zu bemerken ist, daß die RfA. sich zur Übernahme einer entsprechenden Beihilfe bereit erklärt hat. Einmal war nun die Frage aufzuwerfen, ob Kieferprothesen, die im Verlauf einer Kiefererkrankung nach Durchführung eines operativen Eingriffes im Kiefer erforderlich werden, zu den Leistungen der Krankenversicherung gehören. Gegebenenfalls war zu klären, ob die Kasse verpflichtet war, derartige Prothesen in Gold ausführen zu lassen. Ein in dieser Frage erstattetes Gutachten sprach sich dahin aus, daß eine Kieferprothese ein sächliches Mittel zum Ersatz eines Körperteils darstelle, mit dem Unterschiede, daß dieses Behelfsmittel nur von Ärzten unter chirurgischer Behandlung eingesetzt werden könnte ... Als ärztliche Behandlung sei daher die Herstellung der Prothese nicht anzusehen, weil mit der Entfernung der Kieferhälfte die Krankheit an sich behoben sei ..." Siehe oben!

Ich möchte nun versuchen, diese ziemlich verworrenen Darlegungen ad absurdum zu führen. Dazu kann es als Unterstützung nichts Besseres geben als das Gutachten Axhausens, das in den Mitteilungen der Zahnärztekammer für Preußen 1931 Nr. 4/5 S. 14 ff. veröffentlicht ist. Ich werde mich daher gegebenenfalls der Ausführungen Axhausens bedienen.

Es handelt sich in unserem Fall um eine halbe Unterkieferresektion, die infolge eines Sarkoms der rechten Seite ausgeführt werden mußte. Eine versuchte Knochenplastik mißlang und so mußte ein prothetischer Ersatz geschaffen werden. Zunächst wurde eine Immediatprothese angefertigt, die dann durch eine endgültige Prothese ersetzt wurde, welche man mit Hilfe einer Goldbrücke an den stehengebliebenen Zähnen befestigte.

Ich gehe gleich in medias res, indem ich das Ergebnis der Feststellungen vorstehender Abhandlungen untersuche. Es heißt hier, daß eine Resektionsprothese nicht als ärztliche Behandlung anzusprechen sei, da mit der Entfernung des kranken Kieferteils und der Wundheilung die Krankheit an sich behoben sei. Darum handle es sich um ein Hilfsmittel gegen Verunstaltung und Verkrüppelung, das nach beendetem Heilverfahren nötig ist, um die Arbeitsfähigkeit wieder herzustellen oder zu erhalten.

Durch die Resektion wurde ein Teil des Kiefers entfernt. Dieser Teil ist durch eine Prothese zu ersetzen. Die Prothese ist ein sächliches Mittel. Sächliche Mittel, die die Aufgabe haben, einen fehlenden Körperteil zu ersetzen und dessen Funktion zu übernehmen, werden als Hilfsmittel betrachtet (Hoffmann, Anm. 7 d zu § 182 RVO. S. 93; BKK. 1929 S. 192). Also wäre die Kieferprothese ein Hilfsmittel. Dies ist aber nicht richtig. Das Gesetz spricht von Hilfsmitteln gegen Verunstaltung und Verkrüppelung. die nach beendigtem Heilverfahren nötig sind, um die Arbeitsfähigkeit zu erhalten oder herzustellen. Ein Mensch, der nur noch einen halben Kiefer besitzt, ist ohne Zweifel arbeitsunfähig und die Prothese ist geeignet, diesen Zustand zu beheben. Es heißt aber, daß solche Hilfsmittel nach beendetem Heilverfahren anzunehmen sind. Ein Heilverfahren ist m. E. dann beendet, wenn die ärztliche Kunst alles getan hat, was in ihren Kräften steht, um das Leiden eines Kranken zu beheben. Der Zustand, der nach einer solchen Heilbehandlung

zurückbleibt, wird als Verkrüppelung bezeichnet. Dabei schließt der Begriff „Verkrüppelung" die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit ein (Hahn-Kühne S. 300). Verkrüppelung ist im Sinne der RVO. keine Krankheit (A.N. 1931 S. IV 219; Arb.-Vers. 1931 S. 326). Nach einer Kieferresektion ist aber die Lebenserhaltung gefährdet. Die ungestörte Funktion, hier des Unterkiefers, „ist die Vorbedingung einer geordneten Lebenshaltung. Ist der Unterkiefer zur Verarbeitung fester Nahrungsmittel unfähig, so geht nicht nur der allgemeine Ernährungszustand zurück, sondern es erlahmt auch die Widerstandsfähigkeit des Organismus gegen Krankheiten aller Art. Erhöhte Krankheitsbereitschaft und vermehrte Lebensbedrohung durch Krankheiten sind die Folgen. Gerade am Unterkiefer ist demnach die Wiederherstellung der Funktion ein zur Heilung des Krankheitszustandes unerläßliches Erfordernis." (Axhausen.) Die Bedrohung der Lebenserhaltung nach einer Kieferresektion wird in den obigen Äußerungen auch von den Vertretern der Versicherung zugegeben. Ein Zustand, der das Leben eines Menschen bedroht, kann aber m. E. nie als Verkrüppelung bezeichnet werden, sondern kann nur eine Krankheit im Sinne des Gesetzes darstellen und zwar eine Krankheit von allerschwerster Form, denn eine Krankheit kann nicht schlimmer sein, als daß sie den Tod eines Menschen herbeiführt. Daher wäre es ganz verfehlt, den Zustand eines Patienten nach einer Kieferresektion als Verkrüppelung aufzufassen.

Was nun die Verunstaltung anbelangt, so ist eine solche allerdings in unserem Falle vorhanden. Aber nicht als ein gesonderter Zustand, der nur die Arbeitsfähigkeit zu beeinträchtigen imstande ist, sondern als ein erschwerendes Moment in Bezug auf die Krankheit, die dadurch noch ernster wird. Nähme man hier die Verunstaltung als wesentlichen Faktor, so müßte man z. B. bei einer entstellenden Hautkrankheit ebenfalls eine Krankheit in Abrede stellen. Damit habe ich dargelegt, daß der nach Resektion und Wundheilung verbleibende Zustand eine Krankheit im Sinne des Gesetzes ist. Die Heilbehandlung dürfte dann aber nach meinen Ausführungen noch nicht abgeschlossen sein. Sie ist es auch nicht, denn die ärztliche Kunst ist in der Lage, den Zustand des Kranken zu beheben, hat also noch nicht alles getan, was in ihren Kräften stand. Um ein Hilfsmittel gegen Verunstaltung und Verkrüppelung kann es sich also bei einer Kieferprothese nicht handeln. Nun können Hilfsmittel zu Heilmitteln werden (Hahn-Kühne S. 264), wenn sie der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit oder dem Fortgang des Heilprozesses durch Entlastung kranker Körperteile dienen, also wenn sie diese Körperteile stützen. Der nach der Resektion verbliebene Kieferteil ist ohne weiteres als krank zu bezeichnen. Die Prothese ist geeignet, diesen Körperteil zu stützen und zu entlasten. Man könnte also in diesem Sinne ein Heilmittel annehmen. Doch auch diese Ansicht trifft nicht zu, wie unten gezeigt werden soll.

Es ist noch zu erwähnen, daß nach den vorliegenden Äußerungen die Krankheit als solche geheilt ist, nachdem der kranke Kieferteil entfernt und die Wundheilung eingetreten ist. Demnach würde schon die während der Operation eingesetzte Immediatprothese als Hilfsmittel bzw. Heilmittel zu betrachten sein, ganz zu schweigen von der Definitivprothese (hier ist vergleichsweise sehr interessant, daß die RfA. die Immediatprothese ohne weiteres zur ärztlichen Behandlung und operativen Tätigkeit rechnet), und nur der Prozeß des Einsetzens der Immediatprothese durch den Arzt hätte als ärztliche Behandlung zu gelten. Dagegen sagt Axhausen:

> „Der Begriff „Heilung" ist keineswegs fest umgrenzt. Während man bei inneren Leiden unter Heilung die Wiederherstellung des früheren gesunden Zustandes (Restitutio ad integrum) versteht, ist bei den chirurgischen Leiden mit ihren traumatischen und operativen Gewebedefekten der Begriff anders zu formulieren. Man muß hierbei zunächst zwischen der Heilung im anatomischen und der Heilung im ärztlichen Sinne unterscheiden . . ." Eine Heilung im ärztlichen Sinne ist erst eingetreten, „wenn neben der anatomischen Heilung auch die zur Lebenserhaltung notwendige Wiederkehr der Funktion erreicht worden ist. Insbesondere gilt dies auch für die chirurgische Behandlung der Geschwülste. Es ist meines Erachtens eine völlig abwegige Vorstellung, wenn . . . angegeben wird, daß mit der Beseitigung der Geschwulst die Heilung erreicht sei. Zur Heilung einer Darm-

geschwulst gehört nicht nur ihre Entfernung, sondern auch die Wiederherstellung der Darmfunktion durch Vereinigung der beiden Darmenden. Zur Heilung einer Röhrenknochengeschwulst genügt nicht das Herausschneiden des geschwulsttragenden Knochenabschnittes; denn es würde damit das Glied zu einem unbrauchbaren Anhängsel des Körpers werden; es muß vielmehr die Defektdeckung z. B. durch freie Knochenüberpflanzung angefügt werden. Und wenn man, wie es früher oft geschah, zur Defektdeckung einen Elfenbein- oder Metallstab benutzen wollte, so würde auch dies sachliche Mittel einen Teil der ärztlichen Behandlung darstellen. . . . . . . Heilung chirurgischer Leiden, insbesondere krankhafter Geschwülste, bedeutet bei dem heutigen Stande der Heilkunst außer Entfernung des Kranken Wiederherstellung der äußeren Form. Auch die den letzten Zwecken dienenden Maßnahmen gehören unzweifelhaft zur ärztlichen Behandlung der Geschwulstkrankheit; gleich ob sie sich ausschließlich organischer Teile des Körpers oder auch sachlicher Mittel bediene."

Damit ist also der Charakter der Immediatprothese als „ärztliche Behandlung" klar festgestellt. (Siehe unten!) Im Laufe des Prozesses, den das Wohlfahrtsamt angestrengt hatte, um die völlige Kostenübernahme für die Prothese durch die zuständige Kasse zu erreichen, machte sich diese, die anfangs auch die Immediatprothese als Hilfsmittel betrachtet hatte, anscheinend den Standpunkt Axhausens zu eigen; dagegen wehrte sie sich, die endgültige Prothese als ärztliche Behandlung anzuerkennen. Auch über diesen Punkt äußerte sich Axhausen sehr eingehend:

„. . . Die Funktion ist gebunden an die Erhaltung der Kiefergelenksbeweglichkeit und an die regelrechte Stellung der Zähne des Ober- und Unterkiefers zueinander, an ihre richtige Zusammenpassung (Occlusion) und Gegeneinanderbewegung (Articulation). Nur wenn die Frontzähne richtig aufeinander oder übereinander greifen, ist der Abbiß, nur wenn die Höcker und Mahlflächen der Seitenzähne richtig ineinandergreifen, ist die Kaubewegung zur Zerkleinerung der Speisen möglich. Die Wiederkehr der Unterkieferfunktion ist daher nur zu erreichen durch die Wiederherstellung der normalen Artikulation. Hierzu bilden die vorhandenen Zähne eine ideale Handhabe . . . . Ebenso gehört zur ärztlichen Behandlung einer großen Unterkiefergeschwulst nicht nur die operative Beseitigung des geschwulstkranken Unterkieferabschnittes, sondern auch die richtige Zusammenstellung der noch vorhandenen Gebißanteile, die nur durch prothetische Maßnahmen erreicht werden kann. In beiden Fällen sind operative und prothetische Maßnahmen untrennbar miteinander verbunden; nur ihr Zusammenwirken führt die Heilung herbei; sie sind gleichwertige Teile der ärztlichen Behandlung.

Die prothetische Sicherung der Zahnstellung kann eine vorübergehende oder eine dauernde sein. Es hängt dies von dem weiteren Behandlungsplan ab. Zur Wiederherstellung normaler Funktion, d. h. zur Wiederherstellung des festen Kieferbogens in richtiger Zahnstellung bieten sich zwei Wege. Der erste und beste Weg ist der Ersatz des operativ geopferten Unterkieferabschnittes, im vorliegenden Falle der einen Unterkieferhälfte, durch frei überpflanzte Knockenstücke aus dem Körper des Kranken. In diesem Falle bedarf es der prothetischen Maßnahmen zur Sicherung der Stellung der erhaltenen Unterkieferhälften (gewöhnlich in Form einer Gleitschiene) nur so lange, bis die feste knöcherne Vereinigung an der Verbindungsstelle zwischen der erhaltenenen Unterkieferhälfte und dem überpflanzten Knochenstück eingetreten ist. Niemand wird bezweifeln können, daß die plastische Operation samt ihren prothetischen Hilfsmaßnahmen eine ärztliche Behandlung zur Heilung des Krankheitszustandes darstellt. Ist dieser beste Weg nach der Eigenart des Krankheitsfalles nicht beschreitbar, so bleibt allein der zweite Weg zur Wiederherstellung des Kieferbogens, der prothetische Ersatz der fehlenden Kieferhälfte, der genau dem gleichen Zweck dient wie der operativ-plastische Ersatz. Wenn die Zugehörigkeit der plastischen Operation zur ärztlichen Behandlung des Kieferleidens unbestritten ist, so kann auch die Zugehörigkeit des prothetischen Ersatzes zur ärzt-

lichen Behandlung nicht bezweifelt werden. Erst mit dem Ersatz des fehlenden Stückes in richtiger Zahnstellung, mag er auf operativ-plastischem oder prothetischem Wege hergestellt sein, ist die Heilung des Patienten im heutigen ärztlichen Sinne erreicht. Wollte man sich in diesem oder jenem Falle im Sinne des oben erwähnten Rechtsgutachtens auf die Herausnahme der kranken Unterkieferhälfte beschränken und damit den Patienten als „geheilt" betrachten, so würde man sich bei dem heutigen Stande der ärztlichen Kunst eines Kunstfehlers schuldig machen. Denn ohne die genannten prothetischen und operativ-plastischen Maßnahmen würde ein trauriges Ergebnis entstehen: Die gesunde Unterkieferhälfte würde durch den Muskelzug nach der kranken Seite herübergezogen und in dieser Stellung, die den Kontakt der Zahnreihen aufhebt, durch die Narbenbildung gefesselt werden. Außer der schweren Entstellung würde die völlige Aufhebung jeder Kaufunktion mit ihren großen Gefahren für den Patienten die unausbleibliche Folge sein.

Der prothetische Kiefererersatz muß ganz bestimmte Forderungen erfüllen. Da er bis Lebensende die Funktion des fehlenden Kieferanteiles zu übernehmen hat, müssen seine Metallteile aus edlem Material hergestellt werden. Da die Verbindung mit der gebliebenen Unterkieferhälfte nur durch Vermittlung der hier vorhandenen Zähne hergestellt werden kann, müssen diese Zähne mit größter Sorglichkeit geschont werden. Je mehr Zähne zur Herstellung der Verbindung herangezogen werden, um so weniger wird der einzelne Zahn in Anspruch genommen, um so mehr wird er geschont. Am wirksamsten wird der schädlichen Überlastung dadurch entgegengearbeitet, daß alle vorhandenen Zähne der gesunden Seite zur Befriedigung der Prothese benutzt und durch die Prothese unter sich versteift werden. Aus hygienischen Gründen muß die Prothese für den Patienten herausnehmbar gestaltet werden. Nur dadurch wird die regelmäßige Reinigung ermöglicht und die Zersetzung von Speiseresten verhindert. Mangelhafte Sauberhaltung bringt aber die Gefahr vorzeitigen Zahnverlustes durch Caries und vorzeitige Zahnlockerung durch hartnäckige Zahnfleischentzündungen mit sich .... Die Herstellung und Einpassung einer solchen Prothese ist eine zahnärztliche Kunstleitung, bei der das Technische durchaus zurücktritt gegenüber der ärztlichen Feinarbeit.

Nach alledem ist die Definitivprothese in ungünstigen Fällen ebenso wie der operativ-plastische Kiefererersatz in günstigen Fällen ein Teil der ärztlichen Behandlung und keineswegs ein Heilmittel oder Hilfsmittel, das nach Beendigung der ärztlichen Behandlung in Anwendung kommt. Sie ist ein sachliches Mittel der ärztlichen Behandlung und nur mit jenen im Eingang des Gutachtens erwähnten „sachlichen Mitteln" in Parallele zu stellen, die einen integrierenden Anteil der chirurgischen Behandlung überhaupt darstellen.

Nur eine Einzelheit der endgültigen Prothese bedarf noch einer gesonderten Betrachtung. Es ist dies die Hinzufügung künstlicher Zähne. Sie ist nicht als unerläßlich erforderlich für den Fortbestand geordneter Levenserhaltung zu bezeichnen. Denn die vorhandenen Zähne der gesunden Seite vermögen das Kaugeschäft in ausreichendem Maße zu leisten. Die künstlichen Zähne der endgültigen Prothese können daher m. E. nicht als ärztliche Behandlung des Kieferleidens angesehen werden; sie fallen unter den Begriff des Zahersatzes und unterliegen den hiefür maßgebenden Bestimmungen. Es ist indes zu berücksichtigen, daß es unzweckmäßig wäre, einen unbezahnten Kiefer als Ersatzstück zu wählen; die Hinzufügung der Zähne ist also sachlich eine Selbstverständlichkeit. Die Kosten hierfür fallen überdies bei den Gesamtkosten der Prothese nicht ins Gewicht. Eine bedeutsamere Rolle spielt dieser Gesichtspunkt bei dem operativ-plastischen Kiefererersatz. Wird hier nach beendigter Heilung dem neugebildeten Kieferabschnitt ein zahntragendes Ersatzstück aufgelegt, so wäre dies m. E. als Zahnersatz, nicht als Teil der ärztlichen Behandlung zu betrachten.

Kommt nach Art des Falles nur der prothetische Kiefererersatz in Frage, so würde es der ganzen Idee entsprechen, wenn die Prothese in der endgültigen Gestalt

vor der Operation hergestellt und bei der Operation eingefügt würde. Aus besonderen Gründen ist dies aber nicht möglich. Es kann vor der Operation nicht immer mit Sicherheit gesagt werden, wieviel von dem Kiefer in Fortfall kommen muß; auch unterliegen die Weichteile nach der Operation gewissen Umwandlungen, die die definitive Form der Prothese beeinflussen müssen. Es wäre daher die Gefahr vorhanden, daß die vorgearbeitete kostspielige Definitivprothese später nicht brauchbar ist. Aus diesem Grunde wird zunächst eine einfacher gearbeitete Immediatprothese hergestellt. Während man früher einfach einen halben Kautschukkiefer mit Drahtnähten an den Knochenstumpf der erhaltenen Seite befestigte, ist man jetzt wegen mancherlei Unannehmlichkeiten und Gefahren von dieser Technik abgekommen und benutzt auch zur Fixation der Immediatprothese die vorhandenen Zähne, wobei allerdings wegen der nur vorübergehenden Benutzung nur einige Zähne herangezogen und einfaches Material benutzt wird, soweit es nicht später für die Definitivprothese wieder benutzt werden kann. Es liegt in der Natur der Sache, daß auch die Immediatprothese, die provisorisch die gleiche Aufgabe wie die Definitivprothese zu erfüllen hat, als Teil der ärztlichen Behandlung anzusehen ist.

Nach diesen allgemeinen Betrachtungen beantwortete ich die an mich gestellten Fragen wie folgt:

1. Der Kaufmann A. hätte auch mit der Immediatprothese weiterleben können. Doch hätten sich daraus für ihn höchst unangenehme Folgen ergeben.

Die Immediatprothese ist nicht von dem Patienten herausnehmbar; die gerade bei Anwesenheit eines Fremdkörpers in der Mundhöhle bes. wichtige peinliche Sauberhaltung ist nicht durchführbar. So ist die faulige Zersetzung von Speiseresten nicht ganz zu vermeiden, die, wie bereits erwähnt, die Gefahr eines vorzeitigen Verlustes der noch vorhandenen Zähne durch Caries und hartnäckige Zahnfleischentzündungen mit sich bringt. Gerade aber das Festbleiben der noch vorhandenen Zähne ist für den Prothesenträger nach Kieferresektion von entscheidender Wichtigkeit. Nur feste Zähne in genügender Zahl ermöglichen überhaupt das Tragen des prothetischen Kieferersatzes.

Die Immediatprothese findet nur an einem Teil der vorhandenen Zähne Halt. Es bedeutet dies bei fortdauernder Benutzung eine unzweckmäßige Überanspruchung dieser Zähne und die Gefahr vorzeitiger Lockerung.

Die Immediatprothese steht nicht in starrer Verbindung mit dem gesunden Kiefer, sondern ist mit ihm nur durch einige Drahtligaturen verbunden. Dadurch ist zunächst die richtige Stellung des erhaltenen Kieferanteiles nicht absolut gesichert. Dann aber halten solche Drahtligaturen erfahrungsgemäß nicht allzulange; sie brechen mit der Zeit und bedürfen der Erneuerung. Ist nach einem solchen Bruch die zahnärztliche Hilfe nicht sofort bei der Hand, so ergeben sich neue Gefahren. Fällt nach Bruch der Ligaturen der prothetische Kiefererſatz heraus, und wird er nicht sofort wieder eingeführt und neu befestigt, so ist es zumeist nicht mehr möglich, ihn überhaupt an Ort und Stelle zu bringen. Das obere Ende der Prothese steckt in einer Weichteiltasche der Kiefergelenksgegend, die durch die Prothese künstlich offengehalten wird und eine enorme Neigung zur Zusammenschrumpfung und zum Verschluß hat. Ist die Prothese auch nur eine Stunde lang aus der Tasche heraus, so ist es zumeist nicht mehr oder nur mit roher Gewalt möglich, sie wieder in die Tasche hereinzubringen. Bei längerer Entfernung wird die Wiedereinführung zur Unmöglichkeit. Deshalb ist die starre Verbindung mit genügend starken Metallbügeln aus edlem Material, wie sie die definitive Prothese aufweist, eine notwendige Voraussetzung für die dauernde gefahrlose Benutzung des prothetischen Ersatzes.

2. In den vorausgegangenen allgemeinen Ausführungen glaube ich gezeigt zu haben, daß die Herstellung und Einsetzung der endgültigen Kieferprothese als ärztliche Heilbehandlung anzusehen und daß die Definitivprothese nicht als größeres Heilmittel oder als Hilfsmittel gegen Verunstaltung und Verkrüppelung zu betrachten ist, das nach beendeter Heilbehandlung gewährt wird. Nach Einsetzung

der Immediatprothese war A. noch nicht als geheilt im Sinne der heutigen ärztlichen Kunst zu betrachten. Abschluß der Heilung in diesem Sinne ist erst nach Einfügung der endgültigen Prothese eingetreten. Nur die dem Ersatzkiefer hinzugefügten künstlichen Zähne können bei strenger Beurteilung unter den Begriff des Zahnersatzes fallen und von der ärztlichen Behandlung getrennt werden. Doch spielt die Hinzufügung der Zähne nur eine ganz untergeordnete Rolle bei den Gesamtkosten der endgültigen Prothese."

Ich glaube, daß diesen Ausführungen Axhausens sachlich nichts mehr hinzuzufügen ist. Auch im Falle einer Oberkieferresektionsprothese ist m. E. die Herstellung und Einfügung der Resektionsprothese als ärztliche Behandlung zu betrachten. Denn auch hier haben wir es durch den Verlust an organischer Substanz mit einem hochgradigen Funktionsausfall und seinen Folgen zu tun (abgesehen von der Zerstörung der natürlichen Form), wenn sie vielleicht auch nicht so rasch und heftig in Erscheinung treten wie im Falle einer Unterkieferresektion; außerdem stellt eine Oberkieferresektionsprothese wie eine Unterkieferprothese eine „zahnärztliche Kunstleistung" dar, gegenüber der das Technische durchaus zurücktritt. Die Darlegungen für den Fall der Unterkieferresektionsprothese sind daher m. E. mit den entsprechenden Änderungen auch in diesem Falle anwendbar.

Im obigen Prozeß hat sich das Kammergericht Berlin auf den Standpunkt Axhausens gestellt und die Kasse zur Kostentragung auch für die Definitivprothese verurteilt (25. 6. 30). Es ist dies wohl ein Zivilprozeßurteil; der ganze Fall redet aber eine so eindringliche Sprache, daß sich auch auf seiten der Kassen der RVO. niemand diesen Gründen wird verschließen können und die Herstellung einer Resektionsprothese (evtl. inclusive der Immediatprothese) als Teil der ärztlichen Behandlung im Sinne des § 182 RVO. anerkannt werden muß.

Nun sei einiges über die Obturatoren in der Krankenversicherung bemerkt. Ein erworbener oder angeborener Gaumendefekt, der für eine operative Behandlung nicht mehr geeignet ist, sondern für den nur noch eine Obturator in Frage kommt, wird allgemein in der Rechtsprechung nicht als „Krankheit" betrachtet, sondern als eine Mißbildung. Als Mißbildungen an sich machen aber diese Defekte noch keine Heilbehandlung im Sinne des Gesetzes nötig. Dagegen ist hier sehr häufig eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit durch die oft erhebliche Sprachbehinderung festzustellen. Diese Herabminderung der Arbeitsfähigkeit kann durch Obturatoren gebessert oder behoben werden. Es handelt sich um sachliche Mittel, also wären nach dem gegenwärtigen Stand der Beurteilung Obturatoren in diesen Fällen als Hilfsmittel gegen Verunstaltung und Verkrüppelung anzusehen.

Nun kann aber durch diese Gaumendefekte die Ernährungsmöglichkeit sehr weitgehend herabgesetzt sein, außerdem eine erhöhte Infektionsgefahr bestehen usw., sodaß das Vorliegen von Gaumendefekten als Ursache von Krankheitszuständen betrachtet werden muß, die nur durch Deckung dieser Defekte zum Verschwinden gebracht werden können. Liegt der Fall so, dann hätten die Obturatoren nach dem jetzigen Stand der Rechtsprechung noch als größere Heilmittel zu gelten. Gegebenenfalls kämen sie vielleicht auch als Maßnahmen zur Verhütung von Erkrankungen der einzelnen Kassenmitglieder in Betracht, dann nämlich, wenn weder Arbeitsunfähigkeit vorliegt noch eine durch den Defekt bedingte Erkrankung z. B. des Magens oder des Darms.

Das Kapitel „Gesichtsprothesen" ist m. W. in der Öffentlichkeit noch undiskutiert. Für die Beurteilung der Gesichtsprothesen ist das Wichtigste der Feststellnng, ob der Zustand, der deren Anfertigung nötig macht, eine Krankheit im Sinne des Gesetzes ist. Nach den geltenden Grundsätzen in der Rechtsprechung kann ich dies nicht annehmen. Denn in der Regel bedingt der eine Gesichtsprothese nötig machende Zustand keinen Funktionsausfall, erfordert also im Sinne des Gesetzes auch keine Heilbehandlung. Nur in ganz schweren Fällen bei ausgedehnten Verlusten von Teilen des Gesichts kann durch das Freiliegen der tiefergelegenen Partieen eine Krankheitsgefahr (z. B. durch Infektion, Traumen usw.) vorliegen. Nach dem gegenwärtigen Stand der Dinge würde in diesem Falle wohl durch den Defekt eine Krankheitsursache gegeben sein, die eine Behandlung erfordert. Die Gesichtsprothese würde in der gegenwärtigen Rechtsprechung wohl dann als

Heilmittel angesprochen werden. Dabei könnte nur im einzelnen Fall das Richtige getroffen werden. Im allgemeinen aber kann nach den Gesetzen wohl keine Krankheit angenommen werden. Vielmehr ist m. E. in schweren Fällen der Zustand eines solchen Menschen als Verkrüppelung zu betrachten. Denn die Folgen der Defektsetzung müssen beseitigt werden und die Arbeitsfähigkeit ist hier durchaus beeinträchtigt. Auch eine Verunstaltung kann natürlich nicht geleugnet werden. Daher wird in schweren Fällen die Gesichtsprothese als ein Hilfsmittel (Körperteilersatz) gegen Verunstaltung und Verkrüppelung anzusehen sein. Die Frage „ärztliche Behandlung" kann hier gar nicht aufgerollt werden, da ärztliche Behandlung nur bei Krankheiten im Sinne der RVO. in Betracht kommt.

Wie steht es aber bei einfachen Fällen, wenn z. B. Teile der Nase oder der Ohren zu ersetzen sind? Zunächst wird wohl in den meisten Fällen ein Schönheitsfehler angenommen werden, denn Gehör und Atemfähigkeit sind kaum durch diesen Zustand behindert. Schönheitsfehler sind aber dann keine Krankheiten, wenn sie weder Heilbehandlung erfordern noch die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen (Hahn-Kühne S. 259). Eine Heilbehandlung kommt hier wohl nicht in Frage. In vielen Fällen ist auch die Arbeitsfähigkeit nicht wesentlich beeinträchtigt. Z. B. kann ein Schreiner, dem ein Teil der Nase fehlt, trotzdem seinen Beruf unbehindert ausüben. Anders liegt der Fall aber, wenn der Betreffende viel in der Öffentlichkeit zu tun hat, oder wenn er einen Beruf ausübt, bei dem er mit dem Publikum zu verkehren hat, wie z. B. eine Verkäuferin, ein Reisender, ein Agent usw. Hier ist tatsächlich eine Arbeitsunfähigkeit festzustellen, die behoben werden muß (Hahn-Kühne S. 300). Der Versicherte wäre in diesem Fall als verunstaltet zu betrachten und die Mittel, die diesen Zustand beheben sollen, sind damit als Hilfsmittel gegen Verunstaltung anzusehen, welche die Arbeitsfähigkeit herstellen oder erhalten sollen.

IV.

Damit ist die vorliegende Arbeit abgeschlossen. Ich habe die Mannigfaltigkeit der Auffassungen in Bezug auf die Beurteilung von zahnärztlichen Schienungen und chirurgischen Prothesen gezeigt und war bemüht, der diesen Maßnahmen gebührenden Würdigung und Einschätzung das Wort zu reden. Denn es ist eine Pflicht, den Sozialversicherten die Errungenschaften der zahnärztlichen Wissenschaft, bei aller Berücksichtigung der wirtschaftlichen Interessen der Krankenkassen, in weit möglichstem Maße zugänglich zu machen. Daran können uns auch gelegentliche gehässige Angriffe von seiten der Kassen (Kr.-Vers. 1927 S. 23) nicht irre machen.

Abkürzungen.

DKK.	=	Deutsche Krankenkasse
OKK.	=	Ortskrankenkasse
Arb.-Vers.	=	Die Arbeiterversorgung
Kr.-Vers.	=	Die Krankenversicherung
A. N.	=	Amtliche Nachrichten für Reichsversicherung
Sammlung Breithaupt	=	Sammlung von Entscheidungen des RVA., der Landes- und Oberversicherungsämter . . . herausgegeben von Breithaupt
Z. M.	=	Zahnärztliche Mitteilungen
Misch	=	Fortschritte der Zahnheilkunde . . . herausgegeben von J. Misch
Hahn-Kühne	=	Handbuch der Krankenversicherung von J. Hahn und B. Kühne
Hoffmann	=	Kommentar zur RVO. von Hoffmann
Ers.-K.	=	Die Ersatzkasse
BKK.	=	Die Betriebskrankenkasse

Literaturverzeichnis.

Außer der zahnärztlichen Fachliteratur wurden verwendet:

Zeitschrift: „Ortskrankenkasse"
" „Deutsche Krankenkasse"
" „Die Arbeiterversorgung"
" „Die Krankenversicherung"
" „Die Reichsversicherung"
" „Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenversicherung"
" „Zahnärztliche Rundschau"
" „Zahnärztliche Mitteilungen"
" „Die Ersatzkasse"
" „Die Betriebskrankenkasse"
" „Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft".

Sammlung von Entscheidungen des RVA. der Landes- und Oberversicherungsämter von Hermann Breithaupt.

Amtliche Nachrichten für Reichsversicherung (A. N. des Reichsversicherungsamts).

Fortschritte der Zahnheilkunde, von J. Misch.

Frakturen und Luxationen des Gesichtsschädels, von M. Waßmund.

Kommentar zur Reichsversicherungsordnung, von F. Hoffmann.

Handbuch der Krankenversicherung, von J. Hahn-D. Kühne.

Kommentar zur RVO., von Stier-Somlo.

Versicherungslexikon, von A. Manes.

Die Sozialversicherung (5 Bde.), von L. Brucker.

Handbuch des Krankenversicherungsrechts, von H. Lehmann.

Die Organe der Sozialpolitik im Deutschen Reich, von Hartrodt-Preller.

Jahrbücher der Krankenversicherung, von H. Lehmann.

Die Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit in der Krankenversicherung, von H. O. Tröscher.

Lebenslauf.

Ich, Richard Fuchs, Sohn des verstorbenen Verw.-Obersekretärs Richard Fuchs, wurde am 28. Mai 1908 in München geboren. In Weinheim a. B. besuchte ich die Volksschule und die Reformschule, in Darmstadt die Ludwigs-Oberrealschule, in Spangenberg die Höhere Privatschule und schließlich in Augsburg die Oberrealschule. 1927 legte ich hier die Reifeprüfung ab und bezog hierauf die Universität München, um mich dem Studium der Zahnheilkunde zu widmen. 1931 wurde ich in München approbiert und 1932 dortselbst promoviert.